BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME XXV — 1899



PARIS — L. MARETHEUX, IMPRIMEUR

1, rue Cassette

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS CHAQUE SEMAINE

(EXCEPTÉ PENDANT LES VACANCES DE LA SOCIÉTÉ)

par les soins des Secrétaires de la Société

M. PAUL RECLUS

Secrétaire général

ET

MM. ROUTIER ET JALAGUIER

Secrétaires annuels



TOME XXV. — 189

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1899



STATUTS

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

FONDÉE LE 23 AOUT 1843

ET RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE LE 29 AOUT 1859

TITRE PREMIER.

Constitution et but de la Société.

ARTICLE PREMIER

Il est formé à Paris une Société de chirurgie qui prend le nom de *Société de Chirurgie de Paris.*

ART. 2.

Elle a pour but l'étude et les progrès de la chirurgie; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

TITRE II.

Composition de la Société.

ART. 3.

Sont fondateurs de la Société :

MM. AUG. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine de Paris.

MM. G. Monod, chirurgien de la Maison royale de santé, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin et du collège Louis-le-Grand, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Guersant (fils), chirurgien de l'hôpital des Enfants.

Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Danyau, chirurgien-professeur adjoint de la Maison d'accouchement, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris.

Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Malgaigne, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

P. Huguier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ph. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, ex-chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Nélaton, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (hommes), agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Denonvilliers, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris.

Maisonneuve, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Chassaignac, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Cullerier, chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Marjolin (fils), chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris.

Art. 4.

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires, d'associés étrangers, de correspondants nationaux et de correspondants étrangers.

Art. 5.

Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 125, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.

ART. 6.

Les membres titulaires et honoraires ont seuls voix délibérative; ils peuvent seuls faire partie des commissions et prendre part aux élections. Les titulaires seuls peuvent faire partie du bureau.

ART. 7.

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires et de correspondants nationaux sont : 1° d'être *docteur en médecine* ou *en chirurgie*; 2° d'avoir présenté à la Société un travail inédit; 3° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale.

ART. 8.

Seront nommés membres honoraires : 1° les titulaires qui, après au moins dix ans de titulariat, en feront la demande et obtiendront le consentement de la Société; 2° les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans, qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages; 3° en outre, la Société se réserve le droit de nommer directement aux places de membres honoraires des chirurgiens éminents qui n'auraient pas fait acte de candidature. Mais ces dernières nominations ne pourront avoir lieu que sur une demande écrite signée de dix membres titulaires et sur l'avis favorable d'une commission chargée de faire à la Société un rapport sur cette demande.

ART. 9.

Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et sur le rapport d'une commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.

ART. 10.

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents. Les élections des titulaires et des honoraires n'ont lieu que lorsque les deux tiers des membres titulaires prennent part au scrutin. Pour les autres élections, il suffit de la moitié plus un des membres titulaires.

Quand il doit être procédé à une élection, les membres titulaires et honoraires sont avertis par une convocation spéciale.

TITRE III.

Administration de la Société.

ART. 11.

Le bureau est ainsi composé :

Un président.
Un vice-président.
Un secrétaire général.
Deux secrétaires annuels.
Un bibliothécaire archiviste.
Un trésorier.

ART. 12.

Le président, élu pour un an, n'est rééligible qu'après une année d'intervalle. Le secrétaire général, nommé pour une période de cinq ans, n'est pas rééligible à la fin de cette période, mais il peut être réélu plus tard. Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ART. 13.

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ART. 14.

Le président remplit les fonctions d'ordonnateur : il signe les mandats de dépense, de concert avec le secrétaire général.

ART. 15.

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

ART. 16.

Les délibérations relatives à des aliénations, acquisitions ou échanges d'immeubles et à l'acceptation de dons ou legs sont subordonnées à l'autorisation du gouvernement. Elles ne peuvent être prises qu'après une convocation spéciale, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents.

TITRE IV.

Ressources de la Société.

ART. 17.

Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société;

2° Du droit d'admission pour les titulaires et correspondants nationaux ; ce droit est fixé à 20 francs ;

3° De la cotisation mensuelle payée par les membres titulaires et honoraires; le montant en est fixé chaque année par la Société ;

4° De la cotisation annuelle payée par les membres correspondants nationaux ;

5° Des amendes encourues suivant qu'il sera statué par le règlement :

6° Du produit des publications ;

7° Des dons et legs qu'elle est autorisée à recueillir ;

8° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'Etat.

ART. 18.

Les fonds libres sont placés en rente sur l'État.

TITRE V.

Des Séances et de la publication des travaux.

ART. 19.

La Société se réunit en séance toutes les semaines; les séances sont publiques. La Société suspend ses séances du 15 août au premier mercredi d'octobre. La Société peut se former en comité secret.

ART. 20.

Il y a tous les ans une séance solennelle publique.

L'ordre du jour de la séance se compose :

1° D'un rapport fait par le président sur la situation morale et financière de la Société;

2° Du compte rendu par le secrétaire général ou l'un des secrétaires, délégué par le président, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° De l'éloge des membres décédés ;

4° Du rapport sur les mémoires et les thèses envoyés pour les prix, s'il y a lieu.

ART. 21.

Le procès-verbal de la séance, le rapport du président et le compte rendu du secrétaire sont adressés à M. le ministre de l'instruction publique.

ART. 22.

La Société publie chaque année un volume de ses travaux.

TITRE VI.

Dispositions générales.

ART. 23.

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ART. 24.

Un règlement particulier, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les conditions d'administration intérieure, et, en général, toutes les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

ART. 25.

Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'avec l'approbation du gouvernement.

ART. 26.

En cas de dissolution, il sera statué par la Société convoquée extraordinairement sur l'emploi et la destination ultérieure des biens-fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

DE PARIS

TITRE PREMIER.

Attributions du bureau.

ARTICLE PREMIER.

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques; il veille à la régularité des listes de présence et les arrête à heure fixe, ainsi qu'il sera dit à l'article 10; enfin, il assure le maintien de l'ordre.

ART. 2.

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

ART. 3.

Le secrétaire général a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance manuscrite ou imprimée, de les mettre en ordre et d'en présenter une analyse sommaire; de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société, ainsi que tous les actes émanant d'elle; d'enregistrer toutes les pièces, de composer des notices ou des éloges et de faire enfin le

compte rendu annuel des travaux de la Société. Ce dernier travail pourra être fait par l'un des secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit en l'article 20 des statuts.

Le secrétaire général, en cas d'absence ou de maladie, peut être remplacé provisoirement par l'un des secrétaires annuels.

Les secrétaires annuels sont chargés de rédiger les procès-verbaux des séances, d'en faire la lecture et d'en surveiller l'impression, de concert avec le secrétaire général.

ART. 4.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire général, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 5.

Le bibliothécaire est aussi le conservateur des archives; les livres, gravures, instruments, et tous les objets offerts à la Société ou acquis par elle, sont également mis sous sa garde. Il dresse tous les ans un catalogue et un inventaire des objets de tout genre qui lui ont été remis pendant l'année écoulée.

ART. 6.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il signe, de concert avec le président et le secrétaire général, les bordereaux de dépense; il reçoit le prix des diplômes, les cotisations et le montant des amendes. Il est dépositaire des feuilles de présence et d'émargement; il solde les bordereaux de dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à une commission spéciale, ainsi qu'il est dit à l'article 44.

TITRE II.

Des séances.

ART. 7.

Les séances de la Société ont lieu tous les mercredis, de trois heures et demie à six heures, au siège de la Société rue de l'Abbaye, n° 3.

ART. 8.

Lorsqu'un membre correspondant ou un associé étranger assiste à la séance, le président en informe la Société, et mention en est faite au procès-verbal.

ART. 9.

Un registre spécial est ouvert sur le bureau, durant toute la séance, pour recevoir indistinctement les signatures de tous les membres présents. Les titulaires sont tenus, en outre, de signer en temps utile la feuille de présence et la feuille d'émargement.

ART. 10.

Tout membre titulaire qui n'aura pas signé la liste de présence avant quatre heures, et la liste d'émargement après quatre heures et demie, sera passible d'une amende de cinq francs. Il n'est admis d'excuse à cet égard que lorsqu'un membre a obtenu un congé pour des motifs reconnus légitimes.

ART. 11.

Les demandes de congés sont examinées par une commission de trois membres, nommée au scrutin et renouvelée tous les ans, qui, appréciant la validité des demandes, accorde ou refuse les congés. Ses décisions sont absolues.

ART. 12.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal;

2° Correspondance;

3° Lecture des rapports;

4° Lecture des travaux originaux ;

5° Présentations de malades, de pièces anatomiques et d'instruments.

Néanmoins, la Société peut, sur la proposition du bureau et selon le besoin, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 13.

La Société entend la lecture des mémoires et des rapports, d'après leur ordre d'inscription et en donnant la préséance à ses membres. Cependant elle peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur à des personnes étrangères. Tout travail manuscrit adressé pour être lu en séance le sera à son tour d'inscription, après avoir été soumis à l'approbation du bureau. Cependant la Société peut, par délibération expresse, accorder un tour de faveur.

ART. 14.

Une lecture ne peut être interrompue, suspendue et renvoyée à une commission que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, la Société, consultée, prononce une décision.

Art. 15.

Tout travail manuscrit communiqué par des personnes étrangères à la Société est déposé sur le bureau, et ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Après le rapport fait, le travail et le rapport sont classés aux archives, et alors seulement l'auteur peut faire prendre copie de son ouvrage. Une exception est faite à cet égard pour les planches et dessins, qui resteront la propriété de l'auteur.

Art. 16.

Tout travail inédit présenté par des personnes étrangères à la Société sera l'objet d'un rapport soit verbal, soit écrit, selon son importance, et ainsi que le bureau en décidera. Cependant, si trois membres réclament contre la décision du bureau, la Société pourra la modifier. Si l'auteur publie son mémoire avant la lecture du rapport, ce rapport ne pourra avoir lieu devant la Société.

Art. 17.

Les commissions chargées de rapports écrits sont composées ordinairement de trois membres, et exceptionnellement de cinq. Les rapports verbaux sont confiés à un seul rapporteur.

Art. 18.

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception sur un registre spécial. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission, et celle-ci choisit elle-même son rapporteur.

Art. 19.

Tout rapport verbal devra être fait dans le mois qui suivra la remise des pièces au rapporteur; tout rapport écrit, dans un délai de deux mois. Toutefois, la Société pourra proroger ce délai si la nature du travail l'exige. Les commissaires en retard seront, au bout de trois mois, avertis publiquement en séance par le président, et celui-ci, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

Art. 20.

Si l'ordre des travaux de la Société ne permet pas d'entendre les rapports dans les délais précités, le rapporteur justifiera de l'accomplissement de ses devoirs, savoir : pour les rapports verbaux, par son inscription sur le registre du président, pour les rapports écrits, par le dépôt du rapport sur le bureau.

ART. 21.

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament, chacun à son tour et suivant l'ordre d'inscription dressé par le président. Si toutefois une discussion s'animait assez pour que des orateurs déclarassent s'inscrire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ART. 22.

Par exception à l'article précédent, la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande, durant le cours de la discussion, pour rétablir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ART. 23.

Le même membre ne peut obtenir plus de trois fois la parole dans une discussion, à moins d'une décision de la Société.

ART. 24.

Le rapporteur a le droit de prendre la parole le dernier.

ART. 25.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ART. 26.

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières : ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que la Société, consultée, prononce la clôture ou l'ordre du jour.

ART. 27.

En conséquence, le président ne peut, de sa propre autorité, interrompre ou terminer une discussion, proposer la clôture ou l'ordre du jour, et, pour consulter la Société à cet égard, il faut que la clôture ou l'ordre du jour proposé par un membre soit appuyé par deux autres membres au moins. Toutefois, dans le cas où l'ordre ne pourrait être rétabli, le président, après avoir consulté les autres membres du bureau, a le droit de lever la séance.

ART. 28.

Après la discussion d'un rapport, les conclusions seules sont mises aux voix; s'il y a des amendements appuyés, ils ont la priorité. Si cependant la proposition nouvelle entraînait le rejet des conclusions du rapport, celles-ci seraient mises aux voix les premières.

ART. 29.

Les personnes étrangères à la Société ne peuvent assister à la lecture et à la discussion des rapports faits sur leurs ouvrages. Le secrétaire général est chargé de leur adresser la copie certifiée des conclusions adoptées.

ART. 30.

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas soumises à un rapport, et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après. Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ART. 31.

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour si nulle proposition n'est faite. Tout membre titulaire ou honoraire a le droit de réclamer l'envoi du travail discuté au comité de publication ; si cette proposition est appuyée au moins par deux autres membres, elle est immédiatement mise aux voix.

ART. 32.

La Société n'autorise aucuns frais de dessin ou de moulage d'une pièce pathologique sans que la description écrite de celle-ci et l'observation qui s'y rattache aient été préalablement déposées sur le bureau.

TITRE III

Comité secret.

ART. 33.

Les comités secrets ont lieu le jour des séances de la Société, à quatre heures et demie. Toute lecture, toute discussion doit immédiatement cesser à l'heure indiquée.

ART. 34.

Le comité secret est annoncé en séance par le président huit jours à l'avance. Les membres absents sont avertis par lettre dans le courant de la semaine. Exceptionnellement, et seulement pour cause majeure et urgente, le président, sur l'avis du bureau, peut décider que le comité secret aura lieu le jour même.

ART. 35.

Chaque membre titulaire ou honoraire a le droit de provoquer un comité secret. A cet effet, il dépose sur le bureau une demande écrite et motivée, signée de lui et de deux autres membres. Le président, après avoir pris connaissance de cette proposition et consulté le bureau, accorde ou refuse le comité secret. Toutefois, les demandes rejetées par le président peuvent toujours être soumises à la Société, qui prononce souverainement.

ART. 36.

Dans les comités secrets, convoqués suivant les formalités indiquées dans les deux articles précédents, les membres présents pourront voter, quel que soit leur nombre; il suffira, pour la validité du vote, que la majorité des assistants y ait pris part, excepté dans les cas prévus par les articles 66, 73 et 74 du règlement.

TITRE IV.

Recettes et dépenses.

ART. 37.

Le droit d'admission dans la Société est fixé à 20 francs pour les membres titulaires, honoraires et correspondants nationaux. Le diplôme des associés et des correspondants étrangers est gratuit.

ART. 38.

Les membres titulaires et honoraires sont soumis à la même cotisation mensuelle, fixée comme il est dit en l'article 17 des statuts. Les membres honoraires nommés avant le 1er janvier 1862 sont exempts de cette cotisation.

ART. 39.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 sont soumis à une cotisation annuelle de 25 francs, qui est perçue à leur domicile, aux frais de la Société, à la fin de chaque année. Néanmoins, tout membre correspondant national

qui en fera la demande pourra être exempté de sa cotisation annuelle, moyennant une somme de 500 francs, qui sera versée par lui, en deux annuités de 250 francs chacune ou en une seule fois, entre les mains du trésorier de la Société, pour être jointe aux fonds disponibles de la Société et être placée en rentes sur l'État.

ART. 40.

Le trésorier fait recouvrer les amendes sans retard et porte en compte les frais de ces recouvrements.

ART. 41.

Tout membre qui, trois mois après la mise en demeure faite par le trésorier, n'aura pas versé le montant de sa cotisation et des amendes qu'il aura encourues, recevra successivement deux avertissements officiels, signés par le président et par les autres membres du bureau. Si ces avertissements sont sans effet, il sera déclaré démissionnaire et perdra ses droits à sa part de propriété des objets appartenant à la Société.

ART. 42.

Le trésorier conserve les listes de présence comme pièces de comptabilité; il tient, en outre, un registre exact de toutes les amendes encourues pour toutes les causes spécifiées dans le présent règlement.

ART. 43.

Les recettes provenant de la vente des publications de la Société seront encaissées par le trésorier aux échéances convenues avec les libraires chargés de la vente, et le placement en sera fait le plus tôt possible.

ART. 44.

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 45.

Les frais de publication sont réglés par le Comité de publication et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ART. 46.

Le trésorier présente ses comptes dans l'avant-dernière séance de décembre. Une commission composée de cinq membres est nommée par le sort, séance tenante, et doit faire un rapport détaillé sur ces comptes dans la séance suivante. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne

au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres mêmes. Tout retard dans la présentation de comptes ou du rapport fera encourir au trésorier ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

ART. 47.

Immédiatement après le renouvellement du bureau, une commission composée de trois membres est désignée par le sort pour examiner le catalogue des pièces anatomiques, dessins, instruments, etc., confiés au bibliothécaire-archiviste. Cette commission fait son rapport dans la séance suivante. Le président donne au bibliothécaire décharge de sa gestion sur le catalogue même. Tout retard dans la présentation du catalogue ou du rapport fera encourir au bibliothécaire ou à chacun des commissaires une amende de cinq francs par chaque séance.

TITRE V.

Droits des membres honoraires et correspondants nationaux.

ART. 48.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862 reçoivent gratuitement toutes les publications de la Société.

ART. 49.

Les membres honoraires nommés à partir du 1er janvier 1863 jouissent des mêmes droits que les titulaires, excepté du droit de faire partie du bureau. Ils sont exempts des amendes. Ils peuvent faire partie des commissions, mais ils n'y sont pas obligés.

ART. 50.

Les membres correspondants nationaux nommés après le 1er janvier 1862, qui assistent à une séance ou à un comité secret, ont voix consultative dans les délibérations.

ART. 51.

Les membres honoraires et correspondants nationaux nommés avant le 1er janvier 1862 sont admis, sur leur demande, à jouir des droits énoncés dans les trois articles précédents, à la condition de se conformer aux prescriptions des articles 38 et 39.

TITRE VI.

Publications.

ART. 52.

Le comité de publication se compose du secrétaire général et des deux secrétaires annuels, ainsi qu'il est dit à l'article 3.

ART. 53.

Les travaux imprimés de droit sont les mémoires et rapports dus aux membres titulaires, honoraires et correspondants de la Société. Par exception, et sur délibération expresse ratifiée par un vote rendu en séance publique, l'Assemblée pourra faire retrancher d'un mémoire ou rapport dû à un membre titulaire, honoraire ou correspondant, certaines parties qui sembleraient n'avoir pas un caractère exclusivement scientifique.

L'Assemblée peut, sur la proposition du rapporteur, décider l'impression intégrale d'un mémoire adressé par une personne étrangère à la Société.

ART. 54.

Les manuscrits doivent être remis séance tenante au secrétaire annuel en fonctions. Celui-ci devra remettre, le lendemain de la séance avant 10 heures du matin, à l'éditeur de la Société les mémoires, rapports et procès-verbaux de discussion, classés et prêts pour l'impression, ainsi qu'il est dit aux articles 3 et 12.

ART. 55.

Ces *Bulletins et mémoires* sont publiés par fascicules hebdomadaires, paraissant avant la séance suivante. Le dernier fascicule contient la table analytique des matières et auteurs, dressée par les soins du secrétaire annuel en fonctions.

ART. 56.

Les auteurs des travaux publiés pourront faire faire à leurs frais un tirage à part à cent exemplaires. Ce chiffre ne pourra être dépassé sans l'autorisation du bureau.

TITRE VII.

Élections.

Élections du bureau.

ART. 57.

Les élections du président, du vice-président, du secrétaire général, des secrétaires annuels, du bibliothécaire-archiviste et

des membres du Comité de publication ont lieu dans l'avant-dernière séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la troisième séance de janvier.

Élections des titulaires.

ART. 58.

Les places de titulaires sont déclarées vacantes par une délibération spéciale. Il ne peut être déclaré plus d'une place vacante à la fois.

ART. 59.

Un mois après la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue des membres présents, une Commission de trois membres chargée de faire un rapport d'ensemble sur les titres des candidats et de dresser une liste de présentation. Ce rapport devra être fait trois semaines après que le secrétaire général aura remis à la Commission les pièces justificatives.

ART. 60.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée sur le classement proposé, le rapport est renvoyé à la Commission pour supplément d'information. Si le désaccord persiste à la séance suivante, il est voté sur chaque candidat, si 10 membres en font la demande écrite, et l'Assemblée établit définitivement la liste de présentation. Le vote pour la nomination a lieu publiquement dans la séance suivante; il n'a lieu que si les deux tiers des membres titulaires assistent à la séance.

Élections des correspondants.

ART. 61.

Le secrétaire général est chargé : 1° de dresser le tableau des membres correspondants nationaux et étrangers ; 2° de dresser les deux listes des candidats aux places de membres correspondants ; 3° de conserver toutes les indications et toutes les pièces relatives à chaque candidat.

ART. 62.

La Société est appelée à élire des membres correspondants, soit nationaux, soit étrangers, toutes les fois que le bureau, d'après l'examen du cadre des membres correspondants, et d'après

l'examen des listes de candidats, déclare la vacance d'un certain nombre de places.

Art. 63.

Le nombre des places déclarées vacantes pour chaque élection ne peut dépasser le tiers du nombre des candidats.

Art. 64.

Dans la séance qui suit la déclaration de vacance, la Société nomme au scrutin de liste, et à la majorité absolue, une Commission de quatre membres chargée de présenter un rapport sur les candidatures et de dresser une liste de candidats par ordre de mérite. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette Commission. Le rapport devra être fait dans le délai d'un mois.

Art. 65.

Le rapport est lu en comité secret et discuté séance tenante. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, il sera procédé comme il est dit à l'article 60. L'élection a lieu publiquement dans la séance suivante, à la majorité absolue et au scrutin de liste lorsque plusieurs places sont déclarées vacantes à la fois. Elle n'a lieu que lorsque la moitié plus un des membres titulaires assistent à la séance.

TITRE VIII.

Radiations.

Art. 66.

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une Commission spéciale, réunie par le bureau, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, associé ou correspondant.

Cette Commission sera composée, outre les membres du bureau, de cinq membres titulaires et honoraires élus au scrutin de liste, en comité secret, par les membres titulaires et honoraires convoqués spécialement à cet effet.

Quinze jours après le dépôt du rapport de la Commission, la Société, prévenue par convocation spéciale, vote au scrutin secret sur la proposition de la Commission.

L'intéressé a le droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, tant à la Commission que devant la Société.

La présence de la moitié plus un des membres titulaires de la Société est nécessaire pour la validité de la délibération. La radia-

tion ne peut être prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

En cas d'insuffisance du nombre des votants, le scrutin sera recommencé à la séance suivante, après une nouvelle convocation, sans que cette fois il soit nécessaire de réunir un nombre de votants déterminé.

Dans ce cas encore, la radiation ne sera prononcée que par une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

TITRE IX.

Concours et prix.

ART. 67..

La Société décerne tous les ans les prix résultant des dons particuliers qui lui ont été faits. Elle se conforme aux intentions des donateurs.

ART. 68.

Les membres titulaires et honoraires sont exclus de ces concours.

ART. 69.

Lorsque l'anonymat est exigé, les mémoires doivent porter une épigraphe apparente; le nom et l'adresse de l'auteur sont dans une enveloppe soigneusement cachetée, sur laquelle est répétée l'épigraphe.

ART. 70.

Les mémoires sont renvoyés, pour chaque prix proposé, à une Commission de trois membres, élus en séance publique et au scrutin de liste.

ART. 71.

Cette Commission fait son rapport en comité secret et soumet son jugement à la ratification de la Société. En cas de désaccord entre la Commission et l'Assemblée, une nouvelle Commission sera nommée.

TITRE X.

Séances annuelles.

ART. 72.

La séance annuelle a lieu le troisième mercredi de janvier. Le Bureau de l'année révolue est chargé de préparer l'ordre du jour de cette séance, suivant les prescriptions de l'article 20 des statuts.

TITRE XI.

Revision du règlement.

ART. 73.

Toute proposition tendant à modifier le règlement devra être signée au moins par trois membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité relative. Le rapport de cette Commission sera lu et discuté en comité secret dans la séance suivante. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion, et la proposition ne sera adoptée que si, la moitié au moins des membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires et honoraires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires et honoraires ont été personnellement convoqués.

ART. 74.

Toute proposition tendant à modifier les statuts devra être signée de dix membres titulaires ou honoraires, déposée sur le bureau et soumise à l'examen d'une Commission de cinq membres titulaires, nommés au scrutin de liste et à la majorité absolue. Le rapport de la Commission sera lu et discuté en comité secret. Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion. Tous les membres titulaires ou honoraires devront être invités personnellement à assister à ce comité secret, et la présence des titulaires y sera obligatoire. Si la modification proposée réunit les deux tiers des voix des membres présents, le bureau sera chargé de soumettre le nouvel article à l'approbation du gouvernement, conformément à l'article 25 des statuts.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de cinq prix : le prix DUVAL, le prix LABORIE, le prix GERDY, le prix DEMARQUAY et le prix RICORD; *les deux premiers sont annuels, les trois derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir : les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1896 jusqu'au 1er novembre de l'année 1897 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1897. Par la bienveillance de M. le Dr MARJOLIN, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868, les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Le sujet à traiter par les concurrents est indiqué par la Société et donné deux années à l'avance. Les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé en 1875, par Jean-Nicolas Demarquay, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 700 francs.

Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance; les règles du concours sont celles du prix Laborie.

Le prix Ricord a été fondé, en 1889, par Philippe Ricord, membre de la Société de chirurgie, qui a légué à la Société une somme de 5,000 francs. Le prix est biennal et de la valeur de 300 francs.

Il est décerné à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Les manuscrits pourront être signés. A cette différence près, les règles du concours sont celles du prix Laborie.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

Président	MM. Pozzi.
Vice-Président.	Richelot.
Secrétaire général	P. Reclus.
Secrétaires annuels.	Routier et Jalaguier.
Trésorier	Walther.
Archiviste.	Brun.

MEMBRES HONORAIRES

10 février 1897 . .	MM.	Anger (Théophile), titulaire de.	1876
26 juillet 1893 . .		Chauvel, titulaire de	1882
19 octobre 1887. .		Cruveilhier, titulaire de.	1868
14 décembre 1898.		Delens, titulaire de.	1877
29 mars 1882. . .		Dubreuil, titulaire de.	1872
5 mai 1886. . . .		Duplay, titulaire de.	1868
28 mars 1886. . .		Guéniot, titulaire de.	1868
22 novembre 1882.		Guyon (Félix), titulaire de.	1863
3 mars 1886. . .		L. Labbé, titulaire de	1865
23 janvier 1889. .		Lannelongue, titulaire de	1872
19 mai 1897 . . .		L. Championnière	1875
17 février 1892 . .		Le Dentu, titulaire de.	1873
4 mai 1898. . . .		Monod, titulaire de	1880
11 mai 1887. . . .		Ollier, de Lyon.	
26 mai 1888. . . .		Panas, titulaire de.	1865
9 juillet 1879. . .		Paulet, titulaire de	1868
13 mars 1895. . .		Perier, titulaire de	1875
3 mai 1893 . . .		Polaillon, titulaire de	1873
23 février 1887 . .		Poncet, de Cluny.	
27 octobre 1886. .		Marc Sée, titulaire de.	1868
28 novembre 1894.		Terrier, titulaire de.	1874
12 novembre 1890.		Tillaux, titulaire de.	1866

MEMBRES TITULAIRES

12 juin 1890. . . .	MM.	Bazy.
12 juin 1878 . . .		Berger.
12 mars 1884. . .		Bouilly.
18 décembre 1895.		Broca (Aug.).
29 mai 1889 . . .		Brun.
13 décembre 1893.		Chaput.
21 juin 1898 . . .		Delbet.
9 mars 1892. . .		Delorme.
26 avril 1891 . . .		Félizet.
16 février 1898. .		Guinard.
10 mars 1897. . .		Hartmann.
10 juin 1896 . . .		Hennequin.
12 décembre 1888.		Jalaguier.
30 décembre 1885.		Kirmisson.
22 juillet 1896. . .		Lejars.
3 mai 1882. . . .		Marchand (A.-H.).
4 décembre 1889.		Marchant (Gérard).
10 mai 1893. . . .		Michaux.
29 juillet 1887. . .		Nélaton.
9 juin 1886 . . .		Peyrot.
14 décembre 1892.		Picqué.
27 mars 1895. . .		Poirier.
27 avril 1881 . . .		Pozzi (S.).
10 mai 1887 . . .		Quénu.
16 juin 1897 . . .		Potherat.
18 avril 1883 . . .		Reclus.
4 janvier 1888. .		Reynier (P.).
18 juillet 1894. . .		Ricard.
6 décembre 1882.		Richelot.
11 juillet 1888. . .		Routier.
1er décembre 1886.		Schwartz (Ch.).
9 février 1887. .		Segond.
22 juin 1892. . . .		Tuffier.
22 avril 1896 . . .		Walther.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX

MM. Assaky, à Tours.
Auffret, directeur du service de la santé de marine à Rochefort.
Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Barette, à Caen.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Binaud, à Bordeaux.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bois, chirurgien de l'hôpital, à Aurillac.
Boissarie, à Sarlat.
Boursier, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Bousquet, professeur à l'École de Clermont.
Braquetage, à Bordeaux.
Brault, à Alger.
Broussin, à Versailles.
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Rouen.
Cerné, professeur de clinique à l'École de Rouen.
Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.
Chapplain, professeur à l'École de Marseille.
Chavasse, médecin-major de l'armée.
Chedevergne, professeur à l'École de Poitiers.
Chevassus, armée.
Chénieux, professeur à l'École de Limoges.
Choux, médecin-major de l'armée.
Chupin, médecin-major de l'armée.
Claudot, médecin principal de l'armée.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.
Dardignac, médecin-major de l'armée.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.

MM. Dayot, professeur suppléant à l'École de médecine de Rennes.
Defontaine, au Creusot.
Delacour, directeur de l'École de Rennes.
Delagenière, au Mans.
Delore, ex-chirurgien-major de la Charité, à Lyon.
Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Demmler, médecin principal de l'armée.
Denucé, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Devalz, à Bordeaux.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Dubar, professeur à la Faculté de Lille.
Dubourg, à Bordeaux.
Dudon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Duret, professeur à la Faculté libre de Lille.
Ehrmann, à Mulhouse.
Étienne, à Toulouse.
Ferraton, médecin-major de l'armée.
Février, médecin-major, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Folet, professeur à la Faculté de Lille.
Fontan, professeur à l'École de Toulon.
Fontorbe, médecin de la marine, professeur à l'École de Rochefort.
Forgue, professeur à la Faculté de Montpellier.
Gaujot, médecin inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de Lyon.
Gellé, chirurgien de l'hôpital de Provins.
Gripat, professeur à l'École d'Angers.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims.
Guermonprez, professeur à la Faculté libre de Lille.
Hache, professeur à la Faculté de Beyrouth.
Herrgott, professeur à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de Nantes.
Houzel, à Boulogne-sur-Mer.
Hue (Jude), à Rouen.
Hue (François), professeur suppléant à l'École de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Lanelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffite.
Latouche, à Autun.
Le Clerc, à Saint-Lô.
Lemaître, à Limoges.
Linon, médecin-major de l'armée.
Malherbe fils, professeur à l'École de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.

MM. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Ménard, chirurgien de l'hôpital de Berck.
Mignon, armée.
Monod (Eugène), chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.
Monprofit, professeur suppléant à l'École d'Angers.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, au Mans.
Moty, médecin-major de l'armée.
Mouchet, à Sens.
Nepveu, professeur à l'École de Marseille.
Nimier, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ovion, à Boulogne-sur-Mer.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Pauzat, médecin-major de l'armée.
Peugniez, professeur à l'École d'Amiens.
Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille.
Piéchaud, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poisson, professeur suppléant à l'École de Nantes.
Poncet (A.), professeur à la Faculté de Lyon.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Reboul, à Nîmes.
Robert, médecin principal de l'armée.
Rohmer, professeur à la Faculté de Nancy.
Roux (Gabriel), professeur suppléant à l'École de Marseille.
Sieur, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Schmidt, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Tachard, médecin principal de l'armée.
Témoin, à Bourges.
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Villar, à Bordeaux.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux, à Marseille.
Vincent, professeur à l'École d'Alger.
Weiss, professeur à la Faculté de Nancy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

12 janvier 1887. .	MM.	Albert (E.), Vienne.
2 février 1898. .		Annandale, Édimbourg.
11 août 1875 . . .		Bowmann, Londres.
4 janvier 1888. .		Bryant (Th.), Londres.
11 janvier 1893. .		Cheever, Boston.
2 février 1898 . .		Juilliard, Genève.
4 janvier 1888. .		Holmes (Th.), Londres.
janvier 1880. .		Lister, Londres.
10 janvier 1877. .		Longmore, Netley-Southampton.
10 janvier 1894. .		Mayor (Isaac), Genève.
6 janvier 1864. .		Paget (James), Londres.
20 janvier 1886. .		Reverdin (J.), Genève.
13 janvier 1892. .		Rossander (C.), Stockholm.
11 janvier 1893. .		Saxtorph, Copenhague.
21 janvier 1885. .		Sklifossowsky, Moscou.
13 janvier 1892. .		Slawianski (K. de), Saint-Pétersbourg.
16 janvier 1884. .		Soupart, Gand.
12 janvier 1887. .		Thompson, Londres.
20 janvier 1886. .		Tilanus, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

22 janvier 1896. . MM. Bayer, Prague.
3 janvier 1892. . Bloch (O.), Copenhague.
2 février 1898 . . Bobroff, Moscou.
17 septembre 1851. Borelli, Turin.
13 janvier 1869. . Brodhurst, Londres.
2 février 1898 . . Bruns, Tübingen.
22 décembre 1852. Burggrave, Gand.
4 janvier 1888. . Ceccherelli (A.), Parme.
4 janvier 1889 . . Chiene, Édimbourg.
10 janvier 1894. . Czerny (V.), Heidelberg.
10 janvier 1894. . Demosthen (A.), Bucharest.
16 janvier 1895 . . Durante (Fr.), Rome.
8 janvier 1862. . Esmarck, Kiel.
9 janvier 1879. . Galli, Lucques.
13 janvier 1892. . Galvani, Athènes.
13 janvier 1869. . Gautier, Genève.
13 janvier 1864. . Gherini, Milan.
2 février 1898 . . Girard, Berne.
9 janvier 1879 . . Gritti, Milan.
3 janvier 1865 . . Gurlt (E.). Berlin.
16 janvier 1895. . Horsley, Londres.
2 janvier 1865. . Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862. Hutchinson (J.), Londres.
21 janvier 1891 . . Jamieson (Alex.), Shanghaï.
10 janvier 1894 . . Keen (W.-W.), Philadelphie.
13 janvier 1892. . Kocher, Berne.
13 janvier 1892 . . Kouzmine, Moscou.
21 janvier 1891 . . Kummer, Genève.
20 janvier 1897. . Lardy, Constantinople.
2 février 1898 . . Levchine, Russie.
16 janvier 1884 . . Lucas (Clément), Londres.

16 janvier 1895. .	MM.	Mac Burney, New-York.
21 janvier 1891. .		Macewen (William), Glasgow.
11 janvier 1893. .		Martin (Édouard), Genève.
12 janvier 1887. .		Maydl, Vienne.
22 janvier 1896. .		Mikulicz, Breslau.
21 janvier 1891. .		De Mooy, La Haye.
3 janvier 1883. .		Mosetig-Moorhof, Vienne.
22 janvier 1896. .		Murphy, Chicago.
20 janvier 1897. .		Noraro, Bologne.
8 janvier 1868. .		Pemberton, Birmingham.
15 janvier 1890. .		Pereira-Guimaraès, Rio-Janeiro.
21 janvier 1885. .		Plum, Copenhague.
22 janvier 1896. .		Ratimoff, Saint-Pétersbourg.
12 janvier 1887. .		Reverdin (A.), Cenève.
6 juillet 1859. . .		Ried, Iéna.
21 janvier 1891. .		Romniceanu, Bucarest.
7 janvier 1880. .		Rose (Edm.), Berlin.
11 août 1875 . . .		Rouge, Lausanne.
25 janvier 1890. .		Roux, Lausanne.
7 janvier 1880. .		Saboia, Rio-Janeiro.
31 décembre 1862.		Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885. .		Saltzmann, Helsingfors.
11 janvier 1893. .		Saxtorph (Sylvester), Copenhague.
20 mars 1867. . .		Simon (John), Londres.
16 janvier 1895. .		Sonnenburg, Berlin.
21 janvier 1885. .		Stimson (Lewis A.), New-York.
21 janvier 1885. .		Studsgaard, Copenhague.
31 décembre 1862.		Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.		Testa, Naples.
20 janvier 1886. .		Thiriar, Bruxelles.
10 janvier 1894. .		Thornton, Londres.
11 janvier 1893. .		Vlaccos, Mytilène.
11 janvier 1893. .		Wier, New-York.
13 janvier 1892. .		Ziembicki, Lemberg (Galicie).

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

1844. MM. A. Bérard.
1845. Michon.
1846. Monod père.
1847. Lenoir.
1848. Robert.
1849. Cullerier.
1850. Deguise père.
1851. Danyau.
1852. Larrey.
1853. Guersant.
1854. Denonvilliers.
1855. Huguier.
1856. Gosselin.
1857. Chassaignac.
1858. Bouvier.
1859. Deguise fils.
1860. Marjolin.
1861. Laborie.
1862. Morelle-Lavallée.
1863. Depaul.
1864. Richet.
1865. Broca.
1866. Giraldès.
1867. Follin.
1868. Legouest.
1869. Verneuil.
1870. A. Guérin.
1871. Blot.
1872. MM. Dolbeau.
1873. Trélat.
1874. Maurice Perrin.
1875. Le Fort.
1876. Houel.
1877. Panas.
1878. Félix Guyon.
1879. S. Tarnier.
1880. Tillaux.
1881. de Saint-Germain.
1882. Léon Labbé.
1883. Guéniot.
1884. Marc Sée.
1885. S. Duplay.
1886. Horteloup.
1887. Lannelongue.
1888. Polaillon.
1889. Le Dentu.
1890. Nicaise.
1891. Terrier.
1892. Chauvel.
1893. Ch. Perier.
1894. L.-Championnière.
1895. Th. Anger.
1896. Ch. Monod.
1897. Delens.
1898. Berger.
1899. Pozzi.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René Duval et René Marjolin, fondateurs d'un prix annuel de 300 fr.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, et Mme Huguier, sa veuve, donatrice d'une somme de 10,000 francs, destinées à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal de 700 francs.

Ricord, fondateur d'un prix biennal de 300 francs.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Paris. — Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de gynécologie et de tocologie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin médical. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — La Médecine moderne. — La Presse médicale. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue des maladies cancéreuses. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue d'orthopédie. — Revue illustrée de polytechnique médicale. — Revue des sciences médicales. — Revue de la tuberculose. — Tribune médicale. — Union médicale.

Province. — Annales de la policlinique de Toulouse. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin médical des Vosges. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Le centre médical. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse. — Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — Gazette médicale de Picardie. — Gazette médicale de Strasbourg. — Le Limousin médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. — Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Montpellier médical. — Normandie médicale. — Poitou médical. — Revue médicale de l'Est. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Etranger. — Annales de la Société belge de chirurgie. — Annals of Surgery (Brooklyn). — Archiv für klinische Chirurgie. — Atti della associazione medica lombarda. — Boletino da Sociedad de medicina de Rio de Janeiro. — British medical Journal (Londres). — Bulletin de la Société des médecins et des naturalistes de Jassy. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the John's Hopkins Hospital. — Cronica medico-quirurgica de la Habana. —

Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — John's Hopkins Hospital Reports (Baltimore). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — Mitheilungen aus der medicinischen Facultät der Kaiserlich-Japonischen Universität (Tokio). — The Practitioner (Londres). — Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revue médicale de la Suisse romande. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 4 JANVIER 1899

Présidence de M. DELENS

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. GUINARD et une autre de M. RICARD, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. ASSAKY, membre correspondant, qui envoie le premier fascicule du nouveau *Bulletin de la Société de chirurgie de Bukarest* ;

4° Une lettre de M. BILLOT, médecin millitaire, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie ;

5° Une lettre de M. PLUYETTE (de Marseille), qui envoie la liste de ses travaux et pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Rapport.

Anomalie des organes génitaux,
par M. le Dr Paul Delagénière (de Tours).

Rapport par M. Henri HARTMANN.

Vous m'avez chargé dernièrement de vous faire un rapport sur une observation que vous a adressée M. Paul Delagénière (de Tours). Il s'agit d'un cas assez rare d'anomalie des organes génitaux.

Le sujet, regardé comme femme, était âgé de vingt-sept ans. Robuste, grande et maigre, cette pseudo-femme était venue consulter le Dr Delagénière pour des douleurs de ventre assez violentes depuis deux ans. Bien que n'ayant jamais été réglée, elle éprouvait chaque mois, pendant quatre à cinq jours, une aggravation dans ses douleurs. Ces pseudo-phénomènes menstruels s'accompagnaient de crises gastro-intestinales, parfois très violentes, allant jusqu'à nécessiter l'alitement.

Le ventre était un peu excavé, les hanches saillantes, il y avait deux pointes de hernie inguinale. Au toucher, le vagin se terminait en cul-de-sac, profond de 5 centimètres sans trace d'utérus.

Pensant à une imperforation vaginale, M. Delagénière conseilla de recourir à une laparotomie, dans le but de rétablir la continuité du canal génital. La voie abdominale lui semblait, à juste titre, supérieure à la voie vaginale, parce que, dans le doute où l'on était sur l'état exact des parties, seule elle permettait de bien voir et de faire, au besoin, la castration ovarienne, si l'utérus était très atrophié.

Cette opération fut faite le 5 août 1897. Elle permit de constater qu'il n'y avait ni utérus, ni ligaments larges. Au voisinage des deux anneaux inguinaux se trouvaient deux organes qui rappelaient, par leur aspect, des testicules en ectopie. Comme leur pédicule, court et étalé, ne permettait pas de les amener facilement dans l'incision médiane de la laparotomie, M. Delagénière procéda à leur ablation par deux petites incisions faites dans les régions inguinales. Un examen microscopique, fait par notre regretté ami Pilliet, montra qu'il s'agissait de testicules en voie d'atrophie avec évolution adénomateuse d'une partie de chaque glande.

La guérison eut lieu sans incident. Quatre mois plus tard, M. Delagénière pouvait examiner de nouveau son opéré. Sachant alors qu'il s'agissait d'un homme, il étudia plus complètement sa conformation physique et nota ce qui suit :

« Le squelette de la figure est assez accentué; le maxillaire inférieur est saillant, mais il n'y a pas trace de barbe. Les cheveux sont assez courts pour une femme, mais ne présentent pas une brièveté extraordinaire.

La cage thoracique est large, bien développée comme chez un homme. Les seins, comme apparence, se rapprochent de ceux d'une fille avant la puberté.

La taille n'est pas dessinée; les hanches sont élevées et étroites, les fesses aplaties.

L'appareil musculaire est bien développé et offre des saillies assez accentuées.

Le pubis est recouvert de rares poils, à peine développés, ayant au plus 1 à 2 centimètres de long.

La vulve offre un aspect absolument normal. Il n'y a pas de développement exagéré du clitoris. L'urètre, les grandes et les petites lèvres sont régulièrement conformés.

La démarche est masculine; cependant, dans la vie ordinaire, la malade a les goûts et les occupations d'une femme. »

Cette observation répond au type de ce qui a été décrit sous le nom de *pseudo-hermaphrodites masculins*, véritables hypospades avec arrêt de développement des organes génitaux externes, terme extrême d'une série continue qui va de la simple fente urétrale à l'arrêt complet de développement du pénis avec formation de vulve véritable.

L'erreur de sexe est d'autant plus facilement commise qu'il y a généralement cryptorchidie concomitante et attributs extérieurs du féminisme. Dans quelques observations, le véritable sexe du sujet a été décelé par la descente des testicules. Cette descente, plus ou moins tardive, peut se faire brusquement. A. Paré en relate plusieurs exemples dans son chapitre « Des histoires mémorables de certaines femmes qui sont dégénérées en hommes (1) ». C'est généralement dans un effort que s'effectue cette migration des testicules. Tel le cas rapporté par A. Paré d'une femme, Germain Marie, qui devint un homme, Germain Garnier, parce qu'en sautant un fossé, à la poursuite des pourceaux qu'elle gardait, elle ressentit une vive douleur et vit se développer ses génitoires, si bien qu'elle « s'en retourna larmoyant en la maison de sa mère, disant que ses tripes lui estoient sorties hors du ventre ». Les médecins et chirurgiens assemblés reconnurent alors qu'elle était homme et non plus fille.

Landouzy (de Reims) relate de même l'histoire d'un hermaphrodite considéré comme fille jusqu'à l'âge de trente-trois ans, époque où se fit la descente des testicules. Dans un cas de Goujon cette descente s'accompagna de phénomènes d'étranglement.

Nous n'insisterons pas sur ces faits, la question ayant été complètement étudiée par Debierre dans son livre sur l'hermaphrodisme (2).

A la suite des tentatives de coït, il se creuse parfois de véri-

(1) Ambroise Paré. *La chirurgie;* Lyon, 1572, p. IX, CXXXVI.

(2) Ch. Debierre, *L'hermaphrodisme, structure, fonctions, état pyschologique et mental, état civil et mariage, dangers et remèdes ;* Paris, 1891.

tables vagins de 5 à 6 centimètres de profondeur; de plus, on voit quelquefois non seulement des phénomènes pseudo-menstruels, comme chez le sujet de M. Delagénière, mais même de petits écoulements sanguins, comme dans les cas d'Obolinsky et de Pozzi. Aussi comprend-on avec quelles facilités sont faites les erreurs de sexe.

Ce qui est intéressant encore chez ces pseudo-hermaphrodites masculins, c'est que, convaincus de leur sexe féminin, ces hommes, incomplètement développés, remplissent quelquefois parfaitement le rôle de femme.

L'observation de M. Delagénière est muette à cet égard, mais on trouve des détails sur ce point dans un certain nombre d'autres observations. Nous citerons, à cet égard, un fait des plus curieux de notre collègue M. Polaillon. Le sujet qu'il observa se livra à la vie galante et les tentatives de ses amants firent mieux que la chirurgie n'aurait pu faire. Au bout de quelques années, ce speudo-hermaphrodite masculin avait un vagin qui admettait le spéculum de Cusco.

En terminant ces quelques commentaires dont j'ai fait suivre la très curieuse observation de M. Delagénière, je vous propose comme conclusion de :

1° Déposer son observation dans nos archives;

2° Inscrire son nom en bonne place parmi les candidats au titre de membre correspondant.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite.

M. Routier. — La communication de notre collègue Poirier sur le traitement de l'appendicite aiguë remonte déjà à sept mois, elle est du 6 juillet, c'est donc au Bulletin de cette séance qu'il faudra se reporter si on veut bien comprendre ce que nous allons dire.

Je vais en effet m'efforcer de reprendre les divers points qui ont été mis en avant par notre collègue pour les discuter.

M. Poirier a raison quand il dit que l'accord n'est pas encore fait sur le traitement des appendicites aiguës : il a non moins raison quand il dit que les divergences deviennent de moins en moins profondes.

J'ai pu me convaincre, pour ma part, de la vérité de ces assertions, surtout de la dernière, soit par des conversations particulières avec nos collègues, soit par la lecture de divers travaux; et j'ai été heureux de constater que nous étions un certain nombre très

près de nous entendre, je parle surtout de ceux d'entre nous qui ont, je crois, le plus vu d'appendicites.

Je passe, m'a-t-on dit, pour un des plus radicaux, des plus interventionnistes dans l'appendicite; je ne puis cependant accepter la formule de Poirier, que je vous rappelle : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus rapidement possible. »

Avec une pareille formule, le traitement serait simple et facile, une équation des plus banales : appendicite aiguë = opération. Je dis aiguë à dessein, car sur le traitement de l'appendicite chronique ou à rechutes, je crois qu'à l'unanimité nous sommes tous d'accord pour intervenir à froid.

Mais dans l'appendicite aiguë, c'est autre chose, et j'admets parfaitement la formule de M. Reclus : « La conduite doit varier suivant la forme des appendicites »; la difficulté commence malheureusement dès que du livre on passe à la pratique.

Comme chacun a sa formule, et que j'en ai une aussi, il faut bien que je vous la serve; depuis déjà bien longtemps, je dis et je répète à mes élèves : « S'il m'est souvent arrivé de regretter la temporisation dans le traitement de l'appendicite, je ne me souviens pas d'un seul cas où j'aie regretté d'avoir agi trop vite. » Ce qui ne veut pas dire que j'opère tous les cas.

Mais pouvons-nous du reste agir toujours aussi vite que nous le voudrions? non certainement, et abstraction faite des retards apportés par des raisons extra-médicales, il faut bien le dire, nous voyons, nous chirurgiens, trop rarement l'appendicite à son début.

C'est le médecin qui voit le malade, et qui même, lorsqu'il est avisé, croit trop souvent à une indigestion, à un malaise passager, et qui trop souvent surtout se presse de purger son malade, perdant ainsi du temps et aggravant son état.

Au risque de me répéter, je ne saurais m'empêcher d'affirmer une fois de plus que le purgatif est la chose la plus nuisible dans l'appendicite, autant du reste que pour l'occlusion ou les hernies.

Il semble cependant que nos discussions ont un peu modéré nos confrères médecins dans leur ardeur purgative, et un grand nombre d'entre eux est aujourd'hui persuadé qu'on n'est pas en danger de mort parce qu'on ne va pas à la selle.

Je vous disais qu'on n'agit pas toujours aussi vite qu'on le voudrait; c'est qu'en effet, je suis convaincu que si on opérait les appendicites quelles qu'elles soient, dans les premières heures, on aurait de magnifiques résultats.

Malheureusement, nous prenons les cas tels qu'on nous les montre, alors que la séreuse péritonéale est malade, alors que l'infection a déjà fait des ravages.

Les cas sont nombreux cependant où j'ai, malgré de bien graves lésions de l'appendicite et du péritoine, guéri des malades par l'intervention.

Mon ancien interne Siron a réuni dans sa thèse inaugurale les résultats de mes interventions dans les cas de péritonite et constaté que ces résultats s'étaient améliorés à mesure que j'étais plus expérimenté ; on peut voir que, même dans les cas de guérison, les lésions étaient très avancées.

Dans tous les cas, du reste, que j'ai cru devoir opérer dès qu'ils m'ont été soumis, j'ai trouvé des lésions qui, ce me semble, n'auraient pu qu'empirer par la temporisation.

Quand j'ai parlé de péritonites généralisées, j'ai eu bien soin de ne pas comprendre les abcès de la région cæcale, quelque volumineux que puissent être ces abcès.

Je suis du reste convaincu que l'appendicite qui évolue vers l'abcès, vers la forme purulente, fait un pas vers la guérison ; elle en fait deux quand elle s'enkyste.

A ce sujet j'ai encore une formule que voici : « Le malade atteint d'appendicite qui fait un abcès, est un malade qui veut guérir. »

Ce ne sont donc pas ces cas qui m'effraient, et pour eux, on pourrait attendre sans danger.

Mais pour ces cas dont nous avons si souvent parlé, où le péritoine est rouge, où les intestins non protégés par des fausses membranes, nagent dans ce liquide louche que nous comparons volontiers au bouillon sale, que faire?

Je reste convaincu qu'on ne saurait agir trop vite ; et alors, si on agit, on doit, je crois, enlever l'appendice ; la recherche n'en est pas très laborieuse, et on enlève ainsi le laboratoire du poison.

Que si, au contraire, on trouve un foyer purulent, que celui-ci soit directement sous la paroi, ou qu'il faille pour l'ouvrir repousser un certain nombre d'anses intestinales souvent enflammées, mais non adhérentes, quelquefois parfaitement saines, j'ai pour habitude de me contenter de l'évacuation du pus et du drainage du foyer ; si l'appendice ne me vient pas dans la main, je le laisse ; mais je sais que je fais une opération incomplète, et un certain nombre de malades ainsi opérés ont souvent besoin d'une opération plus radicale secondairement.

Si j'agis ainsi, c'est qu'il me semble que la recherche laborieuse de l'appendice dans ce foyer purulent ferait courir de mauvaises chances au malade, bien plus, je me hâte de le dire, au point de vue de l'intégrité de son intestin qu'au point de vue de l'infection à craindre.

Au contraire, l'ouverture simple d'un foyer a toujours été dans ma pratique suivie de guérison ; et s'il reste plus tard une fistule,

quand tout est refroidi, après plusieurs semaines, on peut aller chercher l'appendice avec toute la sécurité que donne une intervention à froid.

L'appendice est quelquefois difficile à trouver, mais avec du soin et un peu d'expérience, on le trouve.

Comme je n'ai jamais perdu de malade opéré par moi d'appendicite à froid, vous devez bien penser que si j'avais le choix, c'est le mode d'intervention que je préfèrerais.

Mais il ne me paraît pas démontré qu'on puisse, par le traitement médical rationnel, celui que nous acceptons tous : la glace, l'opium et la diète hydrique presque absolue, il ne me paraît pas démontré qu'on puisse conduire à son gré la marche d'une appendicite aiguë.

Ce serait trop commode; si c'était si vrai, je crois que je n'aurais pas manqué de l'observer sur le grand nombre d'appendicites que j'ai vues.

Dans des cas relativement bénins, dans des cas rares, il est vrai, où j'ai pu voir une appendicite à son début, et précisément parce que, comme je vous le disais au début, je n'ai pas posé l'équation appendicite aiguë = opération, moi aussi j'ai essayé de temporiser en instituant dans toute sa rigueur le traitement médical.

J'ai réussi quelquefois, mais souvent aussi j'ai dû, pour une raison ou une autre, brusquer l'opération.

Je fais allusion ici surtout à des cas qui m'étaient adressés à l'hôpital, le matin; ils me semblaient pouvoir attendre; plusieurs fois j'ai dû les opérer soit dans la journée soit dans la nuit, et j'ai toujours trouvé des lésions plus graves que je ne le supposais.

Quel est le grand critérium? Quel est le signe, l'ensemble des symptômes qui doit pousser à l'opération ou qui peut nous permettre de la différer?

La température paraît être pour mon ami Brun, si e m'en rapporte à ce qu'il a dit, un signe prépondérant; elle n'a pas pour moi la valeur qu'il lui attribue.

Le pouls me paraît dans l'espèce primer la température; j'aime mieux voir à mes malades 40 degrés et 100 pulsations que 38 degrés et 120 pulsations, le pire étant bien entendu le pouls rapide associé à l'hypothermie.

Les fonctions intestinales me semblent par contre d'une grande importance; l'émission de gaz par l'anus est pour moi aussi importante dans l'appendicite que dans la hernie étranglée.

Mon ami Brun dit : Si je suis appelé au début, dans les quatre ou cinq premiers jours, je commence par instituer le traitement médical, etc. Je lui dirai que lorsqu'à cette époque de l'évolution d'une appendicite, on n'a pas des accidents déjà très graves, sep-

ticémiques ou péritonéaux, et qu'en somme on croit pouvoir temporiser, c'est qu'on a affaire à un cas relativement favorable.

Il m'est arrivé à maintes reprises d'opérer des enfants ou des adultes qui étaient malades seulement depuis seize heures, depuis vingt-quatre heures, et c'est surtout chez eux que j'ai trouvé de ces lésions qui à coup sûr les auraient emportés si je n'avais pas agi rapidement.

J'ai opéré dans la clientèle du professeur Dieulafoy un enfant de cinq ans malade depuis vingt-quatre heures et chez lequel le diagnostic ne datait que de quelques heures. Un garçon de quinze ans, aussi avec le professeur Dieulafoy, qui, vingt heures avant mon intervention était en parfaite santé et jouait au lawn-tennis.

Avec le docteur Moizard, un jeune homme de dix-sept ans, malade depuis dix-sept heures à peine.

Dernièrement, avec M. J. Simon, j'ai opéré un enfant de treize ans, un vendredi soir; le mercredi, ce jeune garçon avait fait une grande partie de bicyclette, c'est le jeudi qu'il présenta les premiers malaises; le vendredi seulement, on pouvait penser à l'appendicite, je l'opérai le soir.

Par une singulière coïncidence, tous ces appendices étaient perforés ou gangrénés, avec ou sans calculs, les intestins étaient rouges et baignaient dans de la sérosité rougeâtre.

Je reste convaincu que le succès qui a couronné toutes ces opérations a été dû à la promptitude de l'intervention.

Je n'ai pas l'habitude d'esquiver ma responsabilité chirurgicale; cependant, je vais prier mon ami Brun de vouloir bien la partager avec moi, pour cette fois, car c'est sous l'influence de sa communication et parce que j'ai la plus grande confiance dans son jugement que j'ai, dans un autre cas d'appendicite, temporisé, en instituant le traitement médical sur lequel nous sommes du reste d'accord; eh bien, mon petit malade, fils d'un employé de l'hôpital Necker, je l'ai perdu.

Pris un samedi pour la seconde fois, et vu par mes internes qui instituèrent le traitement médical de suite, il leur parut assez bien pour ne pas me le montrer, le dimanche matin. Le lundi, je le vis et crus pouvoir temporiser. Le mardi matin, le pouls s'était affolé, l'enfant avait eu comme une crise de suffocation, je l'opérai; liquide louche dans tout l'abdomen, anses rouges, appendice perforé. Mort dans la journée.

Il est fort difficile d'établir une règle absolue et, pour ma part, je n'ai pas encore trouvé la formule qui guiderait infailliblement le chirurgien en face d'une appendicite; je ne puis que répéter la formule de Reclus, se conduire suivant les formes; mais c'est déjà bien difficile, c'est un affaire de nuances qu'il faut apprécier.

Pour moi, quand l'appendicite est aiguë, s'il y a, avec le retentissement péritonéal, la défense musculaire, le pouls rapide, l'arrêt des gaz, s'il y a de la température ou des frissons, je crois qu'il faut opérer de suite, et surtout se souvenir de la rémission presque constante que présentent les cas graves le troisième jour de leur évolution.

Je le répète, je me souviens d'avoir regretté de m'être abstenu, je n'ai pas souvenir d'avoir regretté l'intervention hâtive. L'absence d'émissions de gaz par l'anus pèse d'un grand poids dans mes décisions.

Quant au manuel opératoire, en dehors de ces cas où un gros abcès appelle le bistouri à tel ou tel endroit, quelquefois jusque dans la région du rein, je suis presque toujours une conduite uniforme, et cela depuis bien longtemps : j'incise le long du droit externe, et je pénètre directement dans l'abdomen; s'il y a un abcès, ce n'est pas le pus collecté qui infectera la séreuse puisque je lui donne issue; s'il n'y a pas d'enkystement, je puis par là aller à la recherche de l'appendice, nettoyer le petit bassin, le drainer, etc., etc. Je ne comprends pas les détours que prend mon ami Poirier; j'aime mieux aborder les obstacles de front, plutôt que de les prendre, comme il le dit, *a posteriori*.

Depuis mes premières opérations, je traite toujours l'appendice de la même façon; je le lie aussi près que possible du cæcum, je lie aussi le méso; j'ai renoncé à la soie pour user du catgut et éviter des éliminations tardives; je coupe l'appendice et son méso avec le thermo-cautère, avec lequel je détruis ce qui reste de la cavité muqueuse, et je rentre le tout.

Quand j'opère à froid, sauf dans les cas très laborieux, je ne draine pas. Mais dans les cas aigus, il est exceptionnel, au contraire, que je ne mette pas deux gros drains et une mèche de gaze stérilisée ou iodoformée, suivant les cas, me contentant alors de rétrécir la plaie par quelques points de suture; j'ai eu à maintes reprises l'occasion de constater que la cicatrice n'est pas beaucoup moins solide que quand on peut la coudre d'emblée, ce que je fais toujours alors par un seul plan de sutures, comme pour toutes mes laparotomies, après avoir constaté que cette méthode rapide n'expose pas plus que les autres à l'éventration, et même fournirait, si l'on en croit un auteur allemand qui vient de publier un travail sur ce sujet, une meilleure *restitutio ad integrum*.

M. Reclus. — Je voudrais demander à M. Routier de nous donner des détails un peu plus précis sur le résultat de ses interventions, surtout au point de vue des cicatrices qu'il a obtenues. Je voudrais savoir surtout combien d'éventrations il a pu avoir

sur ses malades opérés à chaud. Cette donnée est très importante, car l'incision qu'il emploie, celle de Max Schuler, la plus ancienne, prédisposerait tout spécialement, d'après Roux, de Lausanne, aux éventrations. Pour éviter celles-ci, et M. Roux insiste sur ce point, il faut faire l'incision très bas, épousant pour ainsi dire la ligne de l'arcade de Fallope.

M. Routier devrait donc, d'après ces données, avoir plus d'éventrations qu'on n'en a généralement. J'avoue qu'avec la perforation de l'intestin, c'est l'éventration qui m'effraye le plus dans les interventions à chaud et qui me pousse le plus à opérer à froid. J'ai eu en effet plusieurs éventrations. Je voudrais savoir si réellement on a plus d'éventrations en opérant à chaud et si l'incision est pour quelque chose dans la production de cet accident.

M. Routier. — Je puis rassurer M. Reclus ; parmi mes opérés, j'ai très peu d'éventrations, et c'est précisément pour éviter cet accident que, malgré l'opinion de Roux, je me garde de l'incision basse, — abstraction faite de tous les cas qui ont suppuré longtemps.

M. Tillaux. — Je profite de la communication de notre collègue, M. Routier, sur le traitement de l'appendicite pour relever une proposition qui a été émise sur le même sujet par un de nos collègues de la Faculté dans une autre enceinte. Voici cette proposition : « Avec un diagnostic bien fait, une opération pratiquée en temps voulu et une bonne technique, *on ne doit pas mourir d'appendicite.* » — Je ne puis, messieurs, accepter une conclusion aussi formelle, car, quoi que vous fassiez, vous perdrez des malades opérés d'appendicite, et alors dans quelle situation vous trouverez-vous ! — Dans la communication à laquelle je fais allusion, l'auteur rapporte un cas de M. Routier lui même : enfant pris d'appendicite le samedi, opéré le dimanche à midi, et mort. — Comment aurait-on pu mieux remplir les conditions requises que ne l'a fait notre collègue Routier, et cependant son malade est mort.

M. Bazy. — Je crois que nous sommes tous d'accord en ce moment pour intervenir en cas d'abcès.

Je dois dire que lorsqu'on a ouvert simplement l'abcès, il est bien rare qu'on soit obligé d'intervenir de nouveau. Cela m'est arrivé pourtant. Il s'agissait d'un enfant auquel j'avais incisé une collection suppurée; deux mois après, rechute. J'ouvre l'abdomen en passant par ma première incision et je trouve immédiatement derrière la paroi l'appendice que je n'avais pas vu la première fois et que je réséquai. Le malade guérit.

Pour en revenir aux éventrations, je n'ai pas conservé le souvenir qu'aucune opération faite à chaud eût entraîné chez aucun de mes malades une éventration. Pourtant, j'ai vu un enfant à Saint-Louis, qui avait une éventration à la partie inférieure de l'abdomen près du ligament de Fallope, en ce point où précisément M. Roux dit qu'il y a le moins de danger d'en voir se produire.

Présentation de malades.

Paralysie radiculaire totale du plexus brachial, par chute sur le moignon de l'épaule.

M. Tuffier. — Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est atteint d'une paralysie radiculaire totale du plexus brachial. — Cette affection a été étudiée ces temps derniers dans deux mémoires fort remarquables, dont l'un du professeur Raymond (*Leçons cliniques de la Salpêtrière*, 1898), qui a établi les variétés de paralysies traumatiques, du plexus brachial, et a bien montré leur origine radiculaire, contrairement à l'opinion admise ; l'autre mémoire est de MM. Duval et Guillain (*Arch. génér. de médec.*, août 1898) ; c'est un modèle de critique et d'expérimentation anatomique. — Le fait remarquable chez mon malade, c'est qu'à la suite d'une simple chute *de sa hauteur* sur le moignon de l'épaule, il présente une rupture de *toutes* ses racines du plexus brachial.

J'ai l'intention de pratiquer demain sur lui une opération que je crois inédite : la suture des nerfs rompus.

Voici d'ailleurs l'histoire succincte du malade.

C'est un homme de soixante ans qui, le 28 octobre dernier, rentrant chez lui légèrement ivre, est pris subitement, en plaçant le pied sur le seuil de la porte, d'une sorte de vertige ; il chancelle, perd l'équilibre et tombe sur le sol où il reste sans connaissance pendant près de deux heures. Au bout de ce temps, reprenant peu à peu ses sens, il appelle à l'aide : on vient le relever et on le transporte sur son lit. Là, le malade, qui est revenu complètement à lui, s'aperçoit que son membre supérieur droit est absolument impotent et insensible, sauf au niveau de l'épaule où il ressent une assez vive douleur; on fait venir un rebouteux qui déclare que « l'épaule est démise », mais qui ne réduit la luxation qu'au bout de huit jours; néanmoins cette réduction se serait effectuée des plus facilement; à la suite de cette manœuvre, la douleur de l'épaule disparaît, mais la paralysie et l'anesthésie du membre persistent. Le malade se décide à entrer dans mon service de la Pitié où je porte le diagnostic de « Paralysie radiculaire totale du plexus brachial, d'origine traumatique », diagnostic confirmé par M. Babinski. Le malade est

massé et électrisé pendant deux mois sans le moindre succès : l'affection semble incurable. Cette incurabilité a d'ailleurs été pronostiquée ces jours derniers dans mon service de Lariboisière par M. Plicque, qui a vainement essayé la réaction électrique.

Actuellement mon malade présente les troubles suivants :

1° Une *paralysie* complète de tous les muscles du membre ; cette paralysie, ainsi qu'il ressort de l'interrogatoire minutieux du malade, est consécutive au traumatisme et ne peut être attribuée à la réduction de la luxation ;

2° Une *anesthésie* étendue à toute la surface du membre, sauf à la face interne du bras et d'une partie de l'avant-bras où la peau reste sensible à la piqûre ;

3° Des *troubles trophiques* musculaires et cutanés (flaccidité et atrophie des muscles, état squameux de la paume et œdémateux du dos de la main) ;

4° Enfin, de la *raideur articulaire* dans l'épaule, qui ne date que de quelques semaines.

M. Schwartz. — J'ai reçu dans mon service de Cochin un malade analogue. A la suite d'une luxation de l'épaule, il présentait une paralysie complète du membre supérieur. Mon interne avait reconnu cette paralysie avant d'essayer toute tentative de réduction. Après la réduction, la paralysie persista, mais irrégulièrement disséminée, atteignant non pas le médian, par exemple, ou le cubital ou encore le radial, mais quelques muscles innervés par ces différents nerfs. Le circonflexe était absolument indemne. Je pensai qu'il y avait surtout des lésions dues à l'élongation. Cette paralysie guérit en tout cas très difficilement ; elle semble due à une lésion ayant un siège moins élevé que dans le cas de M. Tuffier.

M. Schwartz présente un malade auquel il a réséqué toute la région condylienne du fémur pour un sarcome à myéloplaxes qui avait été pris pour une tumeur blanche. L'examen histologique fait par M. Cornil montra la nature de l'affection.

La consolidation ne s'est faite qu'au prix de grandes difficultés. Il a dû employer l'électrolyse pour produire une consolidation osseuse qui tardait beaucoup à se faire. Le malade marche parfaitement.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1899

Présidence de M. Berger

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Rectification au procès-verbal.

M. Quénu. — C'est par erreur que le malade présenté par mon interne, M. Duval, est inscrit sur les Bulletins comme ayant subi l'ablation du rectum. Mon malade avait un prolapsus, pour lequel j'ai fait une rectopexie latérale par un procédé spécial. J'ai fixé le rectum aux ligaments sacro-sciatiques. Je présentais précisément ce malade, parce que dans un des derniers congrès, un chirurgien italien a parlé d'une opération semblable. Mon opération date de plus de quatorze mois.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de Mme Gardner (de Melbourne), qui nous annonce la mort de son mari ;

3° Une circulaire de M. le professeur Berger, à propos de l'Exposition de 1900, touchant les instruments et appareils de chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. Routier dépose, sur le bureau de la Société, une observation de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, péritonite tardive, laparotomie, par M. le Dr Jullié, médecin militaire. — Remis à l'examen d'une commission. — M. Hartmann, rapporteur.

M. Monod dépose sur le bureau une observation de cancer de l'estomac, gastrectomie, guérison, par M. Peugniez (d'Amiens). — Remis à l'examen d'une commission. — M. Monod, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Arrachement des racines rachidiennes.

M. Poirier. — Dans notre dernière séance, notre collègue Tuffier nous a montré un malade présentant une paralysie totale du membre supérieur, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule. De l'examen attentif de son malade, notre collègue a conclu qu'il s'agissait d' « une rupture de toutes les racines du plexus brachial ».

M. Tuffier nous a dit qu'il se proposait de pratiquer dans ce cas « une opération inédite, la suture des nerfs rompus ».

Je serais heureux que notre collègue voulût bien nous dire les résultats anatomiques de son opération. *A priori*, il paraît difficile d'expliquer une rupture de *toutes* les racines du plexus brachial à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule; mais ce n'est là qu'un *a priori* qui ne vaudra point contre les constatations anatomiques.

Je serai aussi heureux d'apprendre comment notre collègue aura pratiqué la suture des nerfs rompus, s'il a constaté la rupture de ceux-ci.

La question des dégénérescences centrales après section ou rupture des nerfs rachidiens est en ce moment à l'étude.

Il paraît résulter des recherches récentes de Van Gehuchten et de Marinesco, que les cellules radiculaires de la moelle ne subiraient pas après section de leurs nerfs, un processus de dégénérescence analogue à celui que subissent les cellules des nerfs craniens après la section de ceux-ci. J'en parlais l'autre jour avec Van Gehuchten qui est très affirmatif à cet égard, pour le moment présent. Il est très désirable que des faits cliniques, corroborés par les constatations anatomiques que nous pouvons faire au cours des opérations, viennent aider à la solution de la question.

Il est un point de la présentation de notre collègue qui a attiré particulièrement mon attention : le diagnostic de rupture totale des racines du plexus brachial, paraît étayé sur la constatation de dégénérescence révélée par l'exploration électrique. M. Plicque, après avoir vainement essayé la réaction électrique a même conclu à l'incurabilité de la paralysie.

Or, messieurs, je pense que c'est aller un peu loin que de conclure à la rupture des nerfs, sur la simple constatation de la réaction de dégénérescence, et que c'est aller beaucoup trop loin que de conclure, dans les mêmes conditions, à l'incurabilité de la paralysie.

A l'appui, j'apporterai le fait suivant. J'ai eu tout récemment à

soigner un blessé X. atteint de paralysie du membre inférieur droit à la suite d'une lésion du nerf sciatique. Ce blessé, dont les journaux ont parlé, en termes d'ailleurs inexacts, comme toutes les fois qu'ils ne sont point renseignés directement, ce blessé avait reçu une balle de mitrailleuse : la balle qui était entrée sur le bord postérieur du grand trochanter droit avait traversé la fesse de ce côté, l'ischion, le conduit anal, et la fesse gauche pour ressortir un peu en arrière du trochanter gauche.

Immédiatement après le traumatisme, le blessé présenta une paralysie totale du membre inférieur droit; il fut soigné, tant bien que mal, là-bas en Afrique, et arriva à Paris en juillet dernier, soixante jours après l'accident. C'est à ce moment que je le vis : il présentait alors, avec la paralysie du membre inférieur droit, une plaie fistuleuse de la région anale. La paralysie était complète à la jambe et au pied : de plus, ces parties, surtout le pied, étaient le siège de douleurs (brûlures, pincements) intolérables, que la morphine seule pouvait calmer. Le mollet atrophié et flasque mesurait 3 centimètres de moins que le mollet gauche. L'état général n'était pas brillant; il y avait de la fièvre hectique; de temps en temps, des débris d'os ou de vêtements sortaient avec des débâcles de pus par la fistule anale. On était en droit de penser que la paralysie était provoquée par une section partielle, plutôt que totale, du nerf sciatique : ce fut mon avis; ce fut aussi celui de mon collègue et ami Babinsky, qui vint à ma prière examiner le malade, et explora avec la plus grande attention les réactions électriques des nerfs et des muscles. Après avoir constaté les réactions de dégénérescence, Babinsky porta un pronostic des plus réservés sur le retour de la fonction dans les segments paralysés.

J'opérai : ayant fait une longue incision sur le trajet du sciatique, je découvris ce nerf depuis son émergence du bassin jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; il me fallut pour cela *sculpter le nerf* dans une véritable gangue fibreuse qui l'enserrait étroitement; cette gaine fort dense, paroi d'un vaste foyer purulent dans lequel nageaient des débris d'os et de vêtements, avait plus de 1 centimètre d'épaisseur. Sous elle, le nerf nous parut petit, comprimé et anémié; je constatai encore que sur la partie postérieure du sciatique quelques fibres avaient été déchirées par la balle; je dégageai ces fibres en haut et en bas et les rabattis sur le nerf à la rencontre les unes des autres, sans les rapprocher autrement par suture. Je dus aussi dégager de la même façon le petit nerf sciatique. L'opération fut achevée par un curage soigné de la plaie osseuse et une résection aussi complète que possible des parois du foyer purulent. Je plaçai un drain à la partie inférieure de la

plaie recousue et un autre par l'ancienne fistule péri-anale agrandie et nettoyée.

Les suites opératoires furent d'une extrême simplicité. L'intéressant est que, dès son réveil, l'opéré constata une diminution notable des douleurs intolérables dont il souffrait : d'où j'incline à penser que ces douleurs étaient le fait de la compression progressive et énergique exercée sur le nerf par la gangue pyogénique.

Dès le soir même, je pus constater un léger mouvement de flexion dans le gros orteil; ce mouvement s'accentua les jours suivants et s'étendit aux 2e 3e et 4e orteils, un peu plus tard au 5e.

Vers le dixième jour, on put constater un léger mouvement de flexion avec adduction de la totalité du pied. Peu à peu, en trois mois, sous l'influence d'un traitement par l'électrisation et le massage, intelligemment pratiqué par le Dr Peltier, tous les mouvements revinrent. Un seul, le mouvement d'extension du pied, laissait encore à désirer au point de vue de la force, lorsque le blessé, qui faisait d'assez longues courses avec l'aide d'une canne, est reparti pour l'Abyssinie. Depuis, j'ai reçu des nouvelles de plus en plus satisfaisantes; le blessé marche de mieux en mieux et monte à cheval.

Ce fait montre, tout au moins, que la compression continue et énergique d'un nerf peut donner lieu aux mêmes symptômes que sa destruction.

M. Tuffier. — Comme je vous l'avais dit dans la dernière séance, j'ai opéré jeudi dernier mon malade avec l'aide éclairée de M. Duval ; je vous rappelle que cet homme était atteint depuis deux mois d'une paralysie radiculaire totale, qui n'avait été améliorée par aucun traitement. La réaction de dégénérescence était complète.

Voici comment j'ai opéré, et je dois dire que la découverte des origines du plexus est beaucoup plus simple et plus facile que je ne le croyais.

Incision verticale suivant la médiane sus-claviculaire (milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien et milieu de la clavicule). Section entre deux pinces d'une ou deux veines sous-cutanées tributaires de la jugulaire externe, et d'un nerf superficiel (branche sus-acromiale). Section des deux aponévroses du cou. Le ventre postérieur de l'omo-hyoïdien est mis à nu dans le bas de la plaie. Dissection à la sonde, au milieu de la graisse, de 5e et 6e paires nerveuses fusionnées qui se présentent de suite. On les remonte individuellement jusqu'aux apophyses transverses, facilement repérables.

Mise à nu du scalène antérieur; sur sa face antérieure, on découvre le phrénique; un *large* écarteur récline en avant et en dedans le paquet carotido-jugulaire, que l'on ne voit pas, le scalène antérieur et avec lui le phrénique. Les racines nerveuses supérieures, mises à nu, servent

de repère pour découvrir les paires basses. La 7e est disséquée jusqu'à l'apophyse transverse. Sous elle, au-dessus de la 8e, on trouve l'artère cervicale transverse profonde, que l'on lie immédiatement. La 8e est disséquée de même, sans aucune difficulté.

Contre la colonne, et au-dessous de cette paire, on trouve la vertébrale qui disparaît sous la transverse. Elle est facilement évitable. La sous-clavière reste en avant, visible et résistante.

La 1re paire dorsale est recherchée sur le col de la première côte, en avant du tendon du scalène postérieur, qui la recouvre de son bout tranchant. C'est la seule qu'il soit difficile d'aborder jusqu'à son origine.

Dans l'angle inférieur de la plaie, on aperçoit alors, en bas, le dôme pleural, en-dedans, la vertébrale, en avant, la sous-clavière.

Pour aborder la portion rachidienne des nerfs supérieurs, après avoir coupé le scalène antérieur, on fait sauter à la pince coupante les tubercules antérieurs des apophyses transverses. Manœuvre facile pour la 6e (tubercule de Chassaignac) ; au niveau de la 5e, l'anastomose de cette paire avec le phrénique est plus difficile à ménager, et en somme dans toute cette opération ce n'est guère que le phrénique qui soit gênant.

Pour la 7e, il suffit d'abattre le bord antérieur de la transverse monotuberculée. Les veines émissaires rachidiennes donnent un écoulement de sang qui ne nous a pas gêné. Les racines sont alors sorties de leur gouttière osseuse et facilement examinées.

Dans le cas particulier, nous avons trouvé toutes les racines nerveuses très grosses, blanches, dures, dans leur segment *extra-rachidien*, particulièrement les trois supérieures. Dans leur segment rachidien, au niveau de la 6e et de la 7e paire, nous avons trouvé juste au ras de la transverse un étranglement sous névrilemmatique des racines nerveuses, *étranglement* bordé de deux *renflements*, un périphérique et un central, l'un en dehors de la transverse, l'autre en dedans, pénétrant dans le trou de conjugaison.

La 5e était aussi renflée au niveau de la transverse, mais ce renflement était unique, de même la 8e cervicale présentait un renflement fusiforme mais sans étranglement appréciable.

Les racines étaient complètement insensibles; leur dissection, leur saisie entre les doigts ne donnaient lieu à aucune réaction dans le membre supérieur; de même leur excitation électrique directe, faite à plusieurs reprises et pour chacune de ces racines n'a pas provoqué le moindre mouvement dans le membre supérieur.

Les suites opératoires ont été particulièrement simples. La réunion est complète. Depuis son opération, le malade n'a eu aucune douleur, aucun phénomène vaso-moteur ou trophique. Ni la sensibilité ni la paralysie n'ont été modifiées.

Ce fait n'a d'autre intérêt que de montrer le facile abord des origines du plexus brachial, l'existence de la rupture de ces racines, peut-être à l'avenir interviendra-t-on plus tôt contre ces accidents paralytiques avant la cicatrisation isolée des deux extrémités nerveuses.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite (suite).

M. Ricard. — Je n'ai point l'intention de remettre en question le traitement de l'appendicite, qui a fait autrefois déjà le sujet de discussions approfondies au sein de cette société; je me bornerai à répondre à certaines assertions émises par notre collègue Poirier lors de la communication qu'il fit en juillet dernier.

Je proteste d'abord contre la conclusion suivante, basée sur 17 cas d'appendicite : « Sous toutes ses formes, et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible » (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXIV, p. 741).

Une formule aussi intransigeante ne saurait trouver place dans le traitement d'une affection aussi variable dans ses modalités, aussi dissemblable dans ses formes qu'est l'appendicite. Bornant ma communication au traitement de l'appendicite aiguë, comme notre collègue je dirai qu'il est des cas qu'il faut opérer, et sur lesquels personne ne discute; qu'il en est d'autres que l'on peut opérer et sur lesquels on peut discuter, qu'enfin il est toute une catégorie de cas aigus, dans lesquels l'intervention chirurgicale doit être repoussée.

Les cas de la première catégorie appartiennent aux cas d'appendicite perforante suraiguë avec péritonite diffuse, aux cas de péri-appendicite suppurée avec abcès iliaques. Dans ces deux cas, personne ne discute. Le résultat thérapeutique peut être variable, mais l'indication chirurgicale est indiscutable. Je n'insisterai donc pas.

La seconde catégorie comprend les cas de moyenne intensité et dans lesquels, à mon avis, il ne convient pas d'intervenir de suite, aussitôt le diagnostic posé. Quoi qu'on en dise, l'opération faite à chaud ne comporte pas le pronostic bénin d'une opération ultérieure faite à froid. Enfin, parmi ces cas il en est qui guérissent complètement, disparaissent sans laisser de trace, et ne récidivent point. Aussi en présence d'un cas d'appendicite observé dès son début, malgré même la violence des symptômes observés, j'institue le traitement médical par le repos absolu, la diète, l'opium et la glace sur le ventre. Une observation rigoureuse et suivie du pouls et de la température me dicte rapidement la conduite à suivre. Il faut se tenir prêt à intervenir si, loin de se calmer, les symptômes deviennent alarmants, ou même simplement s'ils tardent à s'amender. Comme mon collègue, M. Brun, depuis que je suis cette règle de conduite, j'ai eu bien moins souvent l'occasion d'opérer pendant la crise aiguë et je n'ai qu'à m'en féliciter,

n'ayant pas eu jusqu'ici à déplorer la perte d'un malade du fait d'une période d'observation que j'aurais volontairement prolongée.

Si la médication arrête l'évolution de l'appendicite, je la continue patiemment et si, après la chute de la température, il persiste un trouble, si léger soit-il, lésion locale perceptible au palper, douleur à la pression, simple gêne abdominale, troubles intestinaux, simple retard dans le rétablissement de la santé générale, j'opère en pleine période apyrétique quelques semaines après le début des accidents.

Mais si, après ces quelques semaines, tout rentre dans l'ordre, si tout phénomène morbide disparaît, si la palpation ne révèle plus ni douleur, ni tuméfaction, et si le malade en est à sa première atteinte, je m'abstiens de toute intervention. J'interviens au contraire toujours s'il s'agit d'un malade ayant déjà eu une ou plusieurs crises antérieures, celui-là étant destiné presque fatalement aux récidives.

Enfin il est des cas très légers, fugaces, d'appendicite fruste, ceux que Talamon a voulu décrire sous le nom de « colique appendiculaire » ; ces cas-là sont tous justiciables du traitement médical. Ils disparaissent vite en quelques jours, parfois en quelques heures. Ils constituent un antécédent précieux à noter. Ils peuvent, lors de crises nouvelles, peser dans la détermination opératoire, car ils constituent une forme d'appendicite à répétition mais lors d'une première atteinte ils n'appellent pas le bistouri.

Accessoirement, notre collègue a soulevé aussi la question de la résection de l'appendice au cours des interventions dans les foyers suppurants. Roux (de Lausanne), dans une formule humoristique, disait avec raison, à l'un de nos congrès de chirurgie, que le malade ne doit se considérer comme guéri que lorsqu'il « a son appendice dans sa poche ». En principe, cela est exact. Le chirurgien doit faire tous ses efforts pour rechercher l'appendice au milieu des fausses membranes et des collections purulentes, et dans l'immense majorité des cas il le trouvera. Mais quelquefois, cependant, il convient de ne pas trop insister dans la recherche d'un appendice perdu au milieu des fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales altérées. N'y a-t-il pas des cas d'ailleurs où l'appendice a été complètement gangrené, détruit, et où le chirurgien prolongerait inutilement et dangereusement la recherche d'un appendice qui n'existe plus? La résection de l'appendice sera le but, que le chirurgien se propose d'atteindre. Dans presque tous les cas, il y réussira, mais il est des cas, exceptionnels je le reconnais, où ce serait une faute de s'obstiner dans ses recherches.

Je viens d'être appelé en province près d'une malade atteinte d'appendicite suppurée depuis plusieurs semaines. Il existait dans la fosse iliaque un empâtement dur et volumineux, si dur, si irrégulier, si fusionné avec les anses intestinales que je crus, un moment, être en présence d'une production maligne du cæcum. Je décollai la masse de la fosse iliaque et je pus arriver très profondément dans une cavité abcédée située évidemment derrière le cæcum. Où était l'appendice dans ce cas? Il me fut impossible de le dire. Le cæcum lui-même était tout entier perdu dans ces masses indurées, et eût fort risqué d'être déchiré par des recherches laborieuses. Je me suis contenté de drainer la cavité suppurante sans prolonger mes recherches.

Ceci m'amène à parler du procédé opératoire vanté par M. Poirier et qu'il appelle procédé *a posteriori*. C'est là sans doute un procédé utile, notamment dans les cas d'induration diffuse et d'empâtement de toute la fosse iliaque. C'est une ressource opératoire précieuse, mais ce ne saurait être qu'un procédé d'exception, bien inférieur, dans l'immense majorité des cas, à la large ouverture de la séreuse péritonéale, ouverture qui permet de voir, de juger et d'agir en connaissance de cause.

Pour répondre en passant à une question qui a été formulée à la dernière séance, je dirai que je n'ai jamais observé d'éventration consécutive aux opérations faites à froid et sans drainage, que les quelques cas que j'ai eu à enregistrer proviennent tous des opérations faites en période suppurative et ayant nécessité un drainage. L'incision que j'emploie est à peu près semblable à celle qui est prescrite pour la recherche de l'iliaque externe, je la ferme toujours par un seul plan de suture comprenant tous les plans de la paroi abdominale.

En réalité, la difficulté du traitement des appendicites tient aux incertitudes du diagnostic anatomique. Quelle est exactement la lésion de l'appendice dans tel ou tel cas? Comment va-t-elle évoluer? vers la suppuration, vers l'infection péritonéale, vers la résolution?

Le plus souvent, on ne peut répondre à aucune de ces questions. Certains médecins croient trancher la difficulté en s'opposant à toute intervention, certains chirurgiens en opérant dans tous les cas. Ce sont là des opinions extrêmes entre lesquelles il y a place pour la vérité.

M. Broca. — Dans le débat actuellement ouvert sur le traitement de l'appendicite, les quelques points particulièrement soulevés sont les suivants :

1° Faut-il opérer quand on diagnostique une péritonite généralisée?

2° Doit-on toujours opérer immédiatement, sans essai du traitement médical?

3° Quand on a ouvert un abcès chaud péri-cæcal, doit-on de parti pris chercher l'appendice et le réséquer?

4° Quel est le manuel opératoire le plus convenable pour chercher l'appendice malade?

Je vais résumer ce que j'ai appris sur ces points auprès des 200 malades que j'ai soignés.

I. L'intervention chirurgicale en cas de péritonite généralisée d'origine appendiculaire me paraissait actuellement admise par tous les chirurgiens. On discutait, sans doute, pour savoir si, en cas de guérison, il fallait conclure à une vraie péritonite totale ou à ce que Jalaguier a appelé la grande péritonite enkystée; le débat, où surtout Reynier et Routier ont pris position inverse, est évidemment de ceux qu'on ne peut trancher d'une manière définitive, puisque les cas où Routier triomphe de Reynier restent douteux par définition, la guérison étant incompatible avec la preuve nécropsique. Mais le fait est que, pour le clinicien dans certains cas, on trouve tous les symptômes de la péritonite généralisée — pouls petit et fuyant, peau visqueuse et peu rétractile, météorisme, facies grippé — qu'alors en opérant on ouvre un péritoine où l'on voit le pus sourdre de toutes parts entre les anses non adhérentes; et que, cependant, par le drainage large, on obtient la guérison. Ces cas sont rares, sans doute, et la plupart du temps l'opération n'empêche pas la mort; mais tous nous avons obtenu des succès de ce genre, et pour ma part j'en trouve quatre dans mes notes. C'est peu, car dans les mêmes conditions, j'ai vu périr 28 sujets.

II. Ces malades morts de péritonite généralisée avaient presque tous passé par une période pendant laquelle l'infection était localisée autour de l'appendice, était par conséquent curable. De là, le plus raisonnable paraît, au premier abord, de conclure que l'on doit opérer sitôt le diagnostic posé. Ce raisonnement est simpliste, mais avec mes amis Jalaguier et Brun — tous deux d'une haute compétence sur le sujet — je le crois erroné.

A mes débuts, moi aussi, j'ai eu tendance à opérer toute affaire cessante. Puis peu à peu, j'ai constaté que, si le sujet n'est pas encore sous une menace de péritonite généralisée, si d'autre part on ne trouve pas les signes locaux d'une collection purulente, on a intérêt à instituer d'abord le traitement médical : diète, glace sur le ventre, médication opiacée. De la sorte, on voit souvent la

fièvre tomber brusquement et fondre en quelques jours des empâtements parfois considérables.

De la sorte, sans doute, on est exposé à laisser évoluer un abcès, brusquement capable d'infecter la grande séreuse. Pour les cas habituels, cela n'arrive pas à un chirurgien expérimenté, habitué à surveiller matin et soir le pouls, le ventre, la température. Certainement, les malades que j'ai opérés en pleine péritonite et qui ont succombé avaient été soignés pendant plusieurs jours — j'allais dire parfois pendant plusieurs semaines — par un médecin qui avait laissé évoluer l'abcès et n'avait songé à faire opérer le sujet que lorsqu'il était déjà trop tard. Cela m'est arrivé en ville aussi bien qu'à l'hôpital.

Pour l'abcès classique de la fosse iliaque droite, le médecin est peu excusable, car aujourd'hui on doit savoir le diagnostiquer vite et bien. Mais certains cas à siège insolite prêtent plus volontiers à l'erreur. L'abcès à gauche est déjà quelquefois difficile à reconnaître vite, surtout parce qu'on est dérouté par l'anomalie; cependant on trouve les signes d'une péritonite enkystée, suffisant à commander l'intervention. Les abcès sous-hépatiques et même sous-phréniques sont bien plus embarrassants : ils sont très rares heureusement. Moins rares sont les abcès pelviens, eux aussi fort malaisés à déceler, même quelquefois, quand ils sont haut situés, par le toucher rectal. Plusieurs fois j'y ai été pris et je trouve dans mes notes quatre observations où j'ai opéré trop tard, le malade ayant été cependant sous ma surveillance, parce que la collection, de siège anormal et peu accessible, avait échappé à mes investigations.

D'autre part, pour ces poches pelviennes, il y a un intérêt réel à attendre qu'elles se rapprochent de la paroi, qu'on puisse y parvenir à travers des anses adhérentes et non pas en traversant la séreuse encore libre : car dans ce dernier cas, l'infection mortelle de la grande séreuse est à craindre. C'est alors qu'il peut y avoir intérêt, si l'on a pu poser un diagnostic précis, à aller dans le petit bassin par une incision très bas située, en décollant le péritoine pelvien. Je l'ai fait une fois, avec plein succès, chez une fillette qui, après ouverture spontanée, mais insuffisante d'une collection dans le rectum, avait présenté des accidents septicémiques.

III. — Je crois bon, si la péritonite ne menace pas, d'attendre en instituant le traitement médical, parce que je crois, en principe, mauvais de compléter l'ouverture d'un abcès chaud appendiculaire par la recherche et l'extirpation de l'appendice. Certes, si l'appendice se présente à moi, je le cueille; mais c'est l'exception. La plupart du temps, on ne le voit pas, on ne le sent pas, à

moins qu'on ne le dégage de ses adhérences. Or, les adhérences sont le salut et l'incision simple sauve à peu près invariablement la vie du sujet.

Et, cependant, je n'ai pas l'optimisme de Reclus; je pense plutôt, avec Brun, que l'appendice laissé en place est capable de causer des accidents. Ce n'est évidemment pas la règle. Presque toujours, il va se rétracter, se scléroser et restera définitivement silencieux. A plusieurs reprises, en opérant pour des éventrations consécutives, j'ai trouvé l'appendice réduit à un petit cordon court, blanc, induré, en sorte que je l'ai respecté et n'ai pas eu à m'en repentir. Cette guérison définitive s'observe, par exemple, quelquefois après issue d'un calcul stercoral, trouvé dans le pus immédiatement ou quelques jours après l'opération; peut-être aussi, l'appendice se rétracte-t-il plus volontiers dans le cas où, après l'incision, il y a eu, pendant un temps variable, écoulement de matières stercorales par la plaie — ce qui, soit dit en passant, va assez mal avec la théorie de la cavité close. Mais plusieurs fois, sous l'éventration, j'ai trouvé l'appendice gros, adhérent, enflammé, calculeux, quelquefois même perforé d'un trou bouché par une adhérence épiploïque; ou même la plaie reste fistuleuse, ou des abcès successifs se forment.

Au total, j'ai eu à opérer 12 éventrations consécutives, dont 4 où j'ai eu à réséquer l'appendice malade; d'autre part, 4 fois, sans éventration, il a persisté une fistule et 1 fois, l'appendice faisait prolapsus au dehors. Chez le premier malade atteint de fistule à rechutes que j'aie observé, j'ai temporisé, parce que les accidents étaient insignifiants, et, un beau jour, est survenue une péritonite foudroyante, par perforation de l'intestin grêle sur le trajet d'une bride épiploïque.

En opérant à froid, avec résection de l'appendice et suture exacte de la paroi, on coupe court aux rechutes, naturellement, et d'autre part, on évite presque à coup sûr l'éventration. Enfin, l'opération est, dans ces conditions, aussi bénigne qu'efficace. Il est inutile d'insister sur ce point, car nous sommes tous d'accord.

Malgré cette bénignité, je ne conseille cependant pas d'opérer de parti pris tous les malades qui ont eu une crise; si aucune tuméfaction, aucune douleur à la pression ne persiste, je crois qu'on peut attendre la seconde crise. Mais, après celle-là, l'indication est formelle.

IV. — Le procédé opératoire classique, par incision directe du péritoine, m'a toujours paru le meilleur. Le décollement de la fosse iliaque doit être réservé aux abcès pelviens. Pour l'opération à chaud, on incise là où est l'abcès. Pour la résection à froid, j'ai employé pendant longtemps l'incision iliaque de Roux; depuis

quelque temps, je passe comme l'a conseillé Jalaguier par la gaine du grand droit, mais par une voie comme par l'autre, j'ai toujours trouvé tout de suite l'appendice.

Si, pour répondre à la question de Reclus, on étudie particulièrement les éventrations, on conclut qu'elles sont bien moins en rapport avec le siège de l'incision qu'avec le mode de cicatrisation. Après une plaie non drainée et ne suppurant pas, l'éventration est tout à fait exceptionnelle; si on a drainé, elle devient moins rare; moins encore si la réunion immédiate a échoué; enfin, elle est fréquente, après l'incision simple des abcès sans réunion même partielle de la plaie. La réunion partielle avec simple drainage est à ce point de vue favorable, mais j'y ai renoncé depuis que, au début de ma pratique, j'ai vu succomber un enfant, le ventre étant sain, à un phlegmon gazeux, parti de la plaie et remontant jusqu'à l'aiselle. Après mes cures radicales d'éventration, je n'ai pas observé de récidive.

M. Potherat. — Le traitement de l'appendicite avait été ici si souvent étudié et si bien envisagé sous toutes ses faces, que la question semblait définitivement résolue, et résolue dans le sens de l'intervention chirurgicale dans le plus grand nombre de cas, lorsque la communication de M. Poirier, est venue réveiller la discussion. Dès le premier engagement, deux opinions différentes parurent se mettre en opposition : celle de M. Poirier, qu'il formule de la manière suivante : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite *aiguë* doit être opérée et le plus rapidement possible ». Celle de M. Brun qui « ne partage nullement cette opinion » et qui préfère laisser passer la période aiguë et opérer à froid. M. Brun emploie volontiers d'abord le traitement médical pour amener la disparition des accidents aigus.

Il semble donc bien qu'il y ait là deux opinions absolument contradictoires. Toutefois, tandis que l'affirmation de M. Poirier est formelle, celle de M. Brun comporte des restrictions; c'est ainsi qu'il ne pousse pas bien loin l'épreuve du traitement médical et qu'il opère au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, si l'effet sédatif qu'il en attendait ne s'est pas produit. C'est ainsi encore qu'il opère d'emblée dans toutes les appendicites septiques, et il s'en faut beaucoup que celles-ci soient l'exception; de telle sorte que le fossé entre les deux opinions rappelées plus haut n'est peut-être pas aussi large qu'on aurait pu le croire tout d'abord.

Pour moi, je le dis de suite, c'est à l'opinion exprimée par M. Poirier que je me rallie, et avec lui, j'estime que, toute *appen-*

dicite aiguë doit être opérée aussitôt que reconnue, même et surtout quand elle aura été reconnue de très bonne heure.

C'est d'appendicite *aiguë*, que nous parlons. Il est bien entendu que lorsque nous sommes appelés auprès d'un malade qui indique des douleurs dans la fosse iliaque droite, avec ou sans point de Mac Burney, qui aura eu quelques nausées, voire même un ou deux vomissements bilieux, mais dont l'état général est excellent, dont la figure est calme, le pouls peu fréquent bien frappé, nous nous abstenons de toute intervention chirurgicale. Avec ou sans traitement médical, cette crise est légère, de courte durée : ce n'est guère qu'une colique appendiculaire. Si toutefois, elle se reproduit, nous conseillons l'intervention chirurgicale ayant pour but l'ablation de l'appendice ; et pour cela il y a tout avantage (puisqu'il n'y a aucun inconvénient à temporiser), à laisser passer la crise, et à n'opérer qu'à froid.

L'opération à froid est encore indiquée lorsque un malade se présente à nous, après une récente attaque d'appendicite à répétition. Nous insistons alors fermement pour le déterminer à se faire opérer.

Dans les deux cas, nous opérons ; mais nous choisissons l'heure de notre intervention, puisque rien ne presse, et que personne ne conteste que l'opération faite à froid représente le minimum de gravité opératoire d'une part, et la condition la plus favorable de la restitution *ad integrum* de la paroi, d'autre part.

Mais il s'en faut que l'appendicite se présente toujours sous cette forme atténuée que j'appellerai volontiers *subaiguë*.

Les formes *aiguës* sont très fréquentes ; ce sont surtout celles-là qu'il faut envisager puisque ce sont celles-là qui entraînent la mort.

Que voyons-nous, en effet? Des formes suraiguës dans lesquelles la virulence des microorganismes est extrême ; dans lesquelles la septicémie intestino-péritonéale est violente, rapide, l'état général rapidement très grave, l'algidité précoce, dans lesquelles enfin anatomiquement l'appendice se perfore en quelques heures, déversant son contenu dans un péritoine aucunement défendu. Peut-on dans ces cas compter sur le traitement médical? Nullement. Peut-on temporiser? Pas davantage ; car en quelques heures parfois, en très peu de jours le plus souvent, la mort survient. Nous avons tous vu des faits de ce genre, et plusieurs vous ont été signalés. J'en ai observé un certain nombre. Uu des premiers faits que j'aie vus se rapportait précisément à un homme de trente-huit ans, qui un dimanche soir, en dansant, au Moulin-Rouge, avait ressenti tout à coup une douleur abdominale subite, violente, suivie bientôt de vomissements d'abord alimentaires

puis bilieux. Le lendemain, il entrait à la maison de santé dans le service de mon excellent maître M. Segond. Le surlendemain matin, moins de quarante-huit heures après le début des accidents, je l'opérais; je trouvais un appendice perforé en cinq endroits, et une péritonite septique généralisée. Malgré l'ablation de l'appendice, malgré un lavage abdominal aussi soigneux que possible, ce malade qui avait d'abord paru amélioré, succombait au bout de quarante-huit heures.

Pendant une suppléance de six mois à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de de Saint-Germain, j'ai opéré deux malades : une petite fille de onze ans et un petit garçon de quatorze ans, l'un environ vingt heures, l'autre trente-quatre heures après le début, je dis le tout début, des accidents. Chez ces deux enfants, il y avait des lésions analogues ; c'est-à-dire un appendice perforé versant son contenu dans le ventre : un liquide louche baignant les anses intestinales; pas d'abcès péricæcal. J'ai ici encore réséqué l'appendice et lavé l'abdomen ; puis drainé largement ; ces deux enfants ont guéri, l'un, la petite fille, assez rapidement, l'autre, le garçon, qui avait un appendice en situation pelvienne, après une série d'accidents extrêmement graves, et finalement une fistule stercorale due à une perforation spontanée de l'iléon, fistule que je guéris par laparotomie secondaire. (Voir *Congrès de Chirurgie*, Paris 1897, page 479).

Je citerai encore le cas d'une petite fille de huit ans qui prise pendant la nuit de douleurs abdominales avec vomissements, avait été le lendemain matin amenée par sa mère, à l'Enfant-Jésus, à la consultation de M. Comby. La maman croyant à une indigestion voulait obtenir la délivrance gratuite d'un purgatif. Avec M. Comby je reconnus une appendicite à forme grave ; ce ne fut pas sans peine que j'obtins des parents l'autorisation d'opérer ; j'intervins environ douze heures après le début des accidents ; l'appendice était perforé sur deux points, et déjà un liquide louche, d'odeur intestinale très forte baignait des anses intestinales de coloration rouge foncé ; j'enlevai cet appendice, lavai l'abdomen avec de l'eau stérilisée, je drainai largement ; l'enfant guérit rapidement.

Je pourrais citer plusieurs autres faits analogues terminés les uns par guérison les autres par la mort ; mais point n'est besoin d'insister. Il n'est pas contestable, qu'il n'y ait des cas nombreux où le processus de l'appendicite est extrêmement rapide et aboutit en quelques heures ou en deux à trois jours au plus, à une mort fatale. Il n'est pas davantage contestable, qu'en pareil cas, il n'y a pas de traitement médical possible. Donc l'intervention s'impose, puisque seule elle peut dans un certain nombre de cas

amener la guérison d'une affection qui, abandonnée à elle-même, conduit inévitablement à la mort.

Mais, dira-t-on, peut-on savoir que telle appendicite aura cette évolution suraiguë, presque foudroyante. Sans doute; il suffit pour cela de remarquer le facies si nettement abdominal, la prostration générale de l'individu, la cyanose des téguments, la petitesse et la fréquence du pouls, l'œil éteint, la voix cassée, l'abaissement de la température, etc... en un mot de se reporter à ce tableau clinique de la septicémie péritonéale d'origine appendiculaire que Jalaguier a si clairement tracé.

Voilà donc une première forme d'appendicite dans laquelle opérer toujours, opérer le plus vite possible, est une obligation pour le chirurgien.

Mais cette forme est évidemment moins fréquente que l'appendicite aiguë proprement dite, dans laquelle les accidents ont une évolution moins rapide, moins foudroyante ; s'accompagnent surtout d'un état général moins inquiétant, et dans lesquelles pourtant le danger pour être moindre et surtout moins immédiat peut devenir aussi grand. En effet, après deux ou trois jours de douleurs, de vomissements, on peut voir apparaître ce noir tableau auquel je faisais allusion plus haut, coïncidant avec des signes d'occlusion intestinale absolue ou relative. M. Routier et d'autres auteurs nous ont rapporté des faits de cette nature, j'en ai observé plusieurs cas moi-même, un entre autres, chez un jeune homme, que la famille se refusa à faire opérer et qui succomba.

Lorsque cette aggravation s'observe, l'intervention s'impose ; elle pourra sauver le malade, trop souvent elle sera impuissante à le faire ; il n'en eût pas été de même si la laparotomie eût été pratiquée au début même des accidents, avant l'éclosion de ces phénomènes si graves.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi ; aux accidents plus ou moins aigus, plus ou moins violents du début, fait suite une période où les phénomènes ont une moindre intensité ; soit évolution spontanée de la maladie (ce que je crois fermement), soit influence du traitement médical, les phénomènes s'atténuent lentement mais progressivement et, sans incidents, la guérison survient. Voilà les cas autour desquels font le plus de bruit certains médecins qui repoussent *de plano*, toute intervention chirurgicale. Mais ces faits ne sont pas la règle, et qui donc peut par avance compter sur cette terminaison heureuse par résolution complète ? Cette évolution ne peut-elle être entravée par une foule d'accidents dont quelques-uns ne sont pas sans gravité ?

Je me rappelle un petit garçon de sept ans auprès duquel j'avais été appelé en province, pour une appendicite aiguë. Il était

malade depuis sept jours; la situation avait paru très inquiétante; mais quand j'arrivai le matin, cette situation s'était aux yeux des parents et du médecin lui-même considérablement améliorée; l'enfant était allé à la garde-robe la veille; il avait dormi une partie de la nuit, le calme avait succédé aux cris violents et intermittents qu'il poussait, on trouvait le facies meilleur; bref on pensait qu'il n'y avait plus qu'à laisser évoluer les choses. Je rappelle que la glace *loco dolenti*, l'opium, la diète avaient été ordonnés, et très exactement observés.

Cependant la défense violente de la paroi abdominale d'une part, la fréquence du pouls d'autre part, bien que la température fût peu élevée, ne me permirent pas de partager cet optimisme; j'insistai pour l'opération; je la fis et j'évacuai un gros abcès méso-cæliaque dans lequel baignait l'appendice partiellement détruit. L'enfant guérit; il est bien permis de douter qu'il eût guéri aussi simplement par l'expectation aidée même du traitement médical.

Voilà un cas où l'amélioration apparente masquait une suppuration certaine. N'est-il pas fréquent d'observer cette suppuration en l'absence même des phénomènes qui accompagnent habituellement la suppuration en d'autres points de l'économie? La température elle-même si démonstrative dans d'autres circonstances, n'a pas ici des caractères aussi nets. Elle peut même manquer totalement : j'ai vu de vastes abcès périappendiculaires avec une température de 37 ou de 38 degrés au plus. C'était le cas d'un jeune homme de quinze à seize ans, qu'a vu M. Monod, que j'ai opéré avec notre collègue des hôpitaux le D[r] Galliard, et qui a guéri.

Aussi, vaut-il mieux intervenir hâtivement, afin d'évacuer ces abcès avant qu'ils n'aient pris de grandes dimensions, et pour en prévenir, si possible, la formation; en conséquence, plus l'intervention sera précoce, meilleur sera le résultat thérapeutique.

Il n'est pas jusqu'à l'ouverture de l'abcès dans l'intestin qui ne puisse être suivie d'accidents sérieux et même très graves. Sans doute, c'est parfois un mode de guérison; c'est même ainsi que guérissent probablement la plupart de ces appendicites terminées soi-disant par résolution; on n'a pas observé avec soin les garde-robes, et l'évacuation du pus a passé inaperçue. C'est, en somme, une guérison par un processus chirurgical, puisque c'est l'ouverture de l'abcès, et si la guérison survient, le traitement médical ne peut, en toute justice, en revendiquer le mérite. La guérison n'eût pas été moins certaine, moins rapide; elle eût été plus sûrement définitive par l'intervention chirurgicale et l'ouverture par voie externe. Celle-ci eût, en tous cas, mis plus certainement à l'abri d'accidents, possibles avec l'ouverture intestinale, et dont j'ai observé deux exemples, qui tous deux se sont terminés par la

mort; l'un, chez une toute jeune dame de vingt-trois ans; l'autre, chez un homme de vingt-sept ans. Chez ces deux malades, l'appendicite avait suppuré; l'ouverture spontanée dans l'intestin, avait été suivie d'abord d'un soulagement marqué, puis d'une amélioration très grande, enfin d'une guérison apparente. Mais peu à peu ces malades se mirent à maigrir, à avoir de la diarrhée permanente, avec de la fièvre à grandes oscillations; bref, bien qu'une ouverture très tardive ait été faite, ces deux malades succombèrent à des accidents d'hecticité dus à la persistance de la suppuration.

En somme, dans tous ces cas, l'intervention chirurgicale n'a que des avantages. Tantôt, elle seule peut donner quelques chances de guérison, tantôt elle conjure des accidents devant lesquels tout autre traitement serait impuissant; tantôt, enfin, elle assure une guérison plus certaine, plus rapide, plus définitive que par tout autre mode de traitement. Comme M. Poirier, comme M. Routier, je dirai : jamais je n'ai eu à regretter d'être intervenu encore moins d'être intervenu trop tôt; mais maintes fois j'ai regretté d'avoir opéré trop tardivement. Je dois dire que ces interventions tardives qui nous laissent des regrets, qui nous donnent des insuccès, sont presque toujours dues, ou bien à ce que le diagnostic a été quelque temps hésitant, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien, ce qui est aujourd'hui devenu rare, à ce que l'on a voulu d'abord essayer, épuiser même toutes les ressources du traitement médical. Or, pour moi, le traitement médical peut atténuer le symptôme douleur; il peut calmer les vomissements, par suite faire croire à une apparente amélioration, mais il ne peut ni guérir une appendicite, ni atténuer la gravité du processus de celle-ci; j'estime donc qu'il n'y a aucun fond à faire sur lui. Tout dernièrement encore, j'ai pu juger de ses résultats chez une jeune fille de dix-huit ans que j'opérai au dix-neuvième jour, d'une appendicite qu'on avait cru pouvoir guérir par le traitement médical. Je trouvai au milieu des anses intestinales un grand abcès, bien enkysté; je l'évacuai, le lavai, le drainai avec soin; mais les frissons qui s'étaient montrés depuis quarante-huit heures, se répétèrent, et moins de trois jours après cette belle jeune fille succombait à des accidents septicémiques qu'une intervention plus précoce eût certainement conjurés.

Aussi, sauf dans le cas de l'appendicite à répétition, sauf dans le cas encore de la colique appendiculaire, où je suis pour l'opération, mais pour l'opération retardée, et par conséquent à froid, dans tous les autres cas, je suis pour l'intervention la plus rapide possible. La crainte d'une éventration possible n'est pas pour me retenir; d'abord, dans la majorité des cas, elle ne se produit pas; en outre, elle pèse à mes yeux d'un faible poids devant les

dangers graves, pouvant aller jusqu'à la mort même, que feraient courir au malade, l'inaction chirurgicale, ou même une expectation armée avec traitement médical.

Il me paraît inutile d'insister sur le manuel opératoire : personnellement, je pratique toujours l'incision latérale de Roux, faite au niveau et en dedans de l'épine iliaque, et non sur le bord externe du droit antérieur. Il me semble qu'il est préférable de pénétrer vers le cæcum et l'appendice par la fosse iliaque; on court moins le risque de rencontrer les anses intestinales, et surtout le grand épiploon formant dôme en avant. En pénétrant pardessous ce dôme, dans la région malade, on conserve plus sûrement les adhérences protectrices qui limitent le foyer du mal; je crois aussi qu'on arrive plus sûrement à l'appendice ; aussi, lorsqu'on adopte cette voie, il est tout à fait exceptionnel qu'on ne puisse assez facilement rencontrer cet organe et l'enlever sans grands dégâts, ce qui est toujours préférable, dans les cas où il n'a pas été totalement détruit.

Présentation de malades.

M. Malapert présente un malade atteint d'une *pneumatocèle du crâne consécutive à une otite remontant à cinq ans.*

Pylorectomie.

M. Hartmann présente un malade auquel il a pratiqué, il y a un mois, une pylorectomie pour tumeur, suivant le procédé de Kocher. L'état était cachectique, la stase gastrique considérable. Actuellement le malade mange et digère tout. Il a engraissé de 9 kilogrammes. L'estomac, qu'il a cathétérisé ce matin, se vide complètement et il n'y a plus trace de stase gastrique.

Kyste hydatique du foie traité par le capitonnage et la suture sans drainage.

M. Pierre Delbet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade que j'ai opérée d'un kyste hydatique du foie, le 12 septembre, par le procédé que j'ai décrit, capitonnage et suture totale de la poche, réduction sans drainage. Si j'ai tenu à la présenter, ce n'est pas que le résultat soit particulièrement beau, c'est que j'ai craint qu'il ne s'établisse à son sujet une légende, et que le bruit ne s'accrédite qu'elle est morte. En effet, dans la jour-

née même de l'opération, elle a présenté des accidents si graves, si menaçants, qu'on fit chercher le chirurgien de garde. Celui-ci, mon ami Villemin, fut conduit, par l'appareil effrayant de ces accidents, à penser à une hémorrhagie intra-péritonéale. Il déclara que toute intervention était inutile et que si on tentait de réouvrir l'abdomen, la malade succomberait sur la table d'opération. Ce pourquoi il s'abstint et je l'en remercie. En réalité, il n'y avait pas d'hémorrhagie; les accidents ont tourné court et la malade a guéri, mais non sans nouveaux ennuis, ainsi qu'on va le voir par l'observation.

Cette femme est âgée de cinquante ans. Elle a eu dans son enfance la rougeole, la variole et la fièvre typhoïde.

Sur huit enfants, elle en a perdu six et paraît avoir eu deux fois, à la suite de couches, des accidents péritonitiques assez graves.

Je note ce fait assez curieux que sa belle-sœur a eu un kyste abdominal dont elle a été opérée en 1884. Cette belle-sœur avait un chien qu'elle a confié à ma malade pendant les quatre mois qu'elle a passés à l'hôpital.

Cette femme a depuis longtemps des épistaxis abondants, un dégoût marqué de la viande et de la graisse. En 1892, elle a eu un vomissement de sang.

En 1894, au mois de février, hémorrbagie utérine abondante, crachement ou vomissement de sang, épistaxis. A la suite de ces accidents, elle passe trois mois au lit.

Sa santé reste ébranlée; ses forces diminuent. Une dyspnée continuelle l'empêche de travailler. Des douleurs paraissent dans les deux hypocondres et surtout dans la région de l'omoplate gauche.

En mai 1898 survient de l'ictère. Elle entre dans un service de médecine à la Charité. Elle a eu à ce moment de nombreux crachements de sang.

Le 12 août elle entre à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine, se plaignant de sa toux, de sa dyspnée, d'une anorexie complète, de douleurs abdominales et scapulaires. On pose le diagnostic de kyste hydatique du foie et on la fait passer dans le service de M. le professeur Duplay, que je suppléais alors.

L'abdomen est très manifestement déformé par la tumeur qui descend jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est manifestement hépatique et présente avec une grande netteté le frémissement hydatique. La malheureuse femme est très émaciée, sans force, sans appétit, oppressée avec une teinte violacée de la face. La température est normale. L'oppression n'est pas due seulement à la présence de la tumeur. Il y a des signes de bronchite chronique et les antécédents donnent à penser qu'il s'agit de tuberculose.

Je fais l'opération le 12 septembre sous le chloroforme. Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Il est facile de constater que le kyste, bien qu'ayant un développement surtout abdominal, s'est cependant développé sur la face antéro-supérieure du foie qui a basculé.

J'évacue le liquide par une ponction aspiratrice, puis ayant protégé le péritoine par des compresses et attiré partiellement la poche hors de l'abdomen, je l'incise largement et j'évacue la totalité des vésicules filles et l'hydatide mère : un litre environ. La cavité étant bien asséchée, je résèque une lanière de deux centimètres sur la lèvre gauche de l'incision kystique. Du côté droit, la paroi s'épaissit immédiatement et je ne fais aucune résection.

Je place trois points de capiton. Je ferme complètement la poche par un surjet au catgut et je suture en trois plans la paroi abdominale sans faire le moindre drainage (deux surjets au catgut, suture cutanée au fil d'argent).

Dans l'après-midi, la malade tombe dans un état semi-comateux : stertor, pouls faible et lent. Vers cinq heures du soir, le chirurgien de garde est appelé et s'abstient de toute intervention pour les raisons que j'ai déjà dites.

Le lendemain quand j'arrive à l'hôpital, on m'annonce que la malade a fait une hémorrhagie intra-péritonéale et qu'elle est mourante. Je la trouve, en effet, très oppressée et dans un état de faiblesse extrême. Le pouls est misérable, mais bien plutôt ralenti qu'accéléré. Je défais aussitôt le pansement et constate qu'il n'y a aucune réaction péritonéale. Le ventre est souple et indolent, sans aucune matité anormale. Dans les deux poumons, on entend des râles disséminés, et la malade a expertoré quelques crachats nummulaires. La température est d'ailleurs à 37°,4.

Je rejette le diagnostic d'hémorrhagie, et je pense qu'il s'agit d'accidents d'intoxication hydatique joints à une aggravation par le chloroforme de la bronchite ancienne.

Le lendemain 14, tous les accidents graves ont disparu. La malade est bien, quoique toujours oppressée et toussant beaucoup.

Dans les jours suivants, le mieux s'accentue et la malade commence à manger. Le 19, en toussant, elle perçoit une sorte de craquement au niveau de la plaie et elle me déclare, au moment de la visite, qu'elle sent quelque chose de bien étrange qu'elle ne peut définir mais qui lui paraît tout à fait anormal.

Frappé de son insistance, je défais le pansement et constate, à ma grande surprise, que la moitié supérieure de la plaie est béante. Les fils d'argent et les catguts ont cassé. Par l'ouverture, on voit en bas un petit bourrelet épiploïque et, dans tout le reste de l'étendue, la partie inférieure de la suture hépatique qui tient parfaitement. La partie supérieure de cette suture est déjà remontée sous les fausses côtes, le foie ayant repris à peu près sa place normale. Le pansement n'est d'ailleurs pas sali, il ne contient ni pus, ni sang, ni bile.

J'essaie de réunir de nouveau la plaie avec des crins de florence, mais ces nouveaux points n'ont pas tenu et la plaie s'est réunie partiellement par seconde intention, sans que d'ailleurs, la poche kystique se soit jamais rouverte.

La malade est depuis longtemps guérie de son kyste hydatique, mais sa bronchite s'est aggravée.

Permettez-moi de profiter de cette circonstance pour donner un tout petit éclaircissement sur le procédé que j'ai défendu. M. Segond, si j'en juge par ce qu'il a écrit dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, n'a pas saisi mon but, et s'il ne l'a pas saisi, je puis bien craindre qu'il ait été généralement méconnu. M. Segond, sans parler ni de la suture du kyste, ni de la réduction, dit : « Mais dans aucun cas, je ne vois d'avantages à réduire les dimensions de la cavité kystique, comme l'a fait Delbet, en pratiquant le capitonnage de la poche. »

Sans doute, réduire la cavité kystique par le capitonnage pour la marsupialiser ensuite, serait complètement illusoire. Je me défends énergiquement d'avoir jamais proposé chose pareille. Je capitonne la poche, non pas pour la marsupialiser ensuite, mais bien au contraire pour la supprimer, pour la fermer complètement et la réduire dans l'abdomen sans la drainer. Le capitonnage exclut la marsupialisation. Il a pour corollaire la suture totale et la réduction sans drainage. Mon but est d'éviter les fistules, longues en général, quelquefois permanentes. Mon but est de guérir les malades radicalement, complètement, comme on les guérit d'un kyste de l'ovaire en quinze jours. Et ce but, on l'obtient.

La malade que je vous présente aujourd'hui est la sixième que j'opère par ce procédé. Les cinq autres ont régulièrement guéri et sont restés complètement guéris.

M. Tuffier présente un malade hypospade opéré par le procédé de Nové-Josserand; c'est-à-dire en somme une *greffe par la méthode d'Ollier Thiersch.* Il y a huit mois que ce malade a été opéré ainsi en une seule séance; il passe à présent une sonde du n° 18.

Il reste cependant une toute petite fistulette à la base de la verge.

Présentation de pièces.

M. Brun. — J'ai, il y a quelques mois, montré à la Société de chirurgie la photographie d'un cas type de coxa-vara bilatéral. Je vous présente aujourd'hui, un nouvel exemple de cette singulière affection.

L'enfant Jung (Robert), âgé de huit ans, m'était présenté le 19 décembre dernier pour une boiterie remontant seulement à

quatre mois, et que les parents attribuaient à un traumatisme. Cette boiterie, très accentuée et, rappelant un peu la démarche spéciale d'une luxation congénitale droite, ne s'accompagnait et ne s'était jamais accompagnée d'aucune douleur. Ce qui frappait à l'examen, c'était avec une saillie exagérée du grand trochanter droit, une atrophie musculaire très marquée de la cuisse et de la jambe de ce côté. Pendant la marche, l'enfant hanche sensiblement du côté droit et il porte sa jambe en avant presque sans la fléchir, décrivant un arc de cercle, de la pointe du pied portée en dedans, la jambe étant en rotation interne et en adduction avec tendance à croiser en avant celle du côté opposé. Les mouvements communiqués s'exécutent normalement, sauf l'abduction qui est manifestement limitée. L'absence de douleur spontanée ou provoquée m'ayant fait éliminer l'hypothèse de coxalgie, je songeai à la coxa-vara et fis faire une radiographie sur laquelle vous pouvez très manifestement juger de l'incurvation anormale du col fémoral du côté droit. Comme, chez cet enfant, un examen approfondi fait découvrir une très légère incurvation des tibias et un léger renflement en chapelet des articulations chondro-costales, il y a lieu évidemment de penser à un cas de coxa-vara d'origine rachitique. Je ferai toutefois remarquer, que les troubles fonctionnels et l'atrophie musculaire ne remontant qu'à quatre mois, il faudrait ici, admettre l'hypothèse d'une poussée tardive de rachitisme localisée sur le col du fémur et non pas, comme cela a pu être soutenu dans bien des cas, une déformation ancienne et contemporaine des lésions rachitiques de la première enfance.

Néphrectomie pour hématurie grave consécutive
à une contusion rénale.

M. Paul Reynier. — J'ai l'honneur de vous présenter un rein que j'ai enlevé dimanche dernier dans les conditions suivantes :

Il s'agissait d'une femme qui était entrée dans mon service huit jours auparavant. Elle avait été renversée par une voiture, dont une roue avait passé sur le corps, au niveau de la région rénale gauche.

A son entrée, nous avions constaté une fracture de la huitième et de la neuvième côte gauche. De plus, elle avait de l'hématurie, qui avait paru immédiatement après son accident. Nous lui mîmes un bandage de corps, et de la glace au niveau de la région rénale gauche, très douloureuse.

Au bout de deux jours, l'hématurie diminua et disparut. Nous ne nous occupions plus de la malade lorsque le vendredi, après trois

jours de disparition de l'hématurie, celle-ci recommença, mais très abondante, tellement abondante, que le samedi matin nous trouvons la femme presque exsangue, pouls rapide : 120, et lipothymies. En même temps, la malade avait de la rétention d'urine.

Nous la sondâmes, et nous pûmes vider la vessie contenant une urine sanglante avec des caillots, qui étaient la cause de la rétention.

A la fin de la miction, le sang coulait rouge par la sonde.

Nous crûmes devoir faire des injections de sérum sous-cutanées, 1.500 grammes, et remettre de la glace sur le ventre.

Le lendemain matin dimanche, l'hématurie continuait. La malade devait être sondée pour uriner, et il était évident qu'elle s'affaiblissait.

C'est dans ces conditions que nous crûmes, devant cette hématurie persistante et inquiétante, devoir intervenir.

On sentait du côté gauche le rein gros, volumineux et douloureux.

Nous fîmes l'incision dont nous avons l'habitude, incision droite le long de la masse sacro-lombaire, se recourbant en avant et suivant la direction de l'arcade crurale.

Nous pûmes arriver très rapidement sur la capsule graisseuse du rein, que nous trouvâmes gorgée de sang. C'est elle qui donnait cette masse volumineuse, que nous sentions par la palpation de la région rénale. Après l'avoir dissociée, nous arrivâmes sur le rein. Celui-ci saignait, et l'hémorrhagie se produisait au niveau du hile. Il présentait de plus une déchirure transversale, qui paraissait aller jusqu'au bassinet. Dans ces conditions, étant donné l'état de faiblesse de la malade, nous crûmes devoir faire la néphrectomie. Les suites de cette opération furent très simples. Sous l'influence de la théobromine que je donnai à la malade dès ce premier jour, suivant mon habitude, elle urina un litre dès le premier jour. Elle n'a pas eu de fièvre, et ce matin elle allait aussi bien que possible.

Il a fallu continuer à la sonder jusqu'à ce matin et les urines sont restées sanglantes pendant deux jours. Il a été d'ailleurs facile de se rendre compte, en voyant la coloration devenir de plus en plus foncée, que cette hématurie persistante tenait à ce que la vessie était pleine de caillots, qui peu à peu se désagrégeaient et donnaient la coloration sanglante à l'urine.

Quant au rein que je vous présente, vous pouvez voir une large plaie contuse à forme triangulaire occupant toute la face postérieure de la partie inférieure du rein. Cette déchirure empiète sur la partie antérieure au niveau du bord convexe et s'étend jusqu'au bassinet, divisant le rein dans son entier. Il aurait été difficile, dans ces conditions, de pouvoir faire une néphrectomie partielle.

M. Albarran présente un *rein atteint d'un épithélioma papillaire du bassinet.* Voilà déjà six mois que le malade est opéré et la guérison s'est maintenue.

Renvoyé à l'examen d'une commission. — M. Hartmann, rapporteur.

Élections

NOMINATION DU BUREAU POUR 1899

NOMINATION DU PRÉSIDENT

Votants : 26; majorité : 14.

MM. Pozzi	22 voix.	Élu.
Bouilly	2 —	
Richelot	1 —	

1 bulletin blanc.

NOMINATION DU VICE-PRÉSIDENT

1er et 2e tours de scrutin. Votants : 34; majorité : 18.

1er tour :		2e tour :	
MM. Richelot	17	MM. Richelot	17
Marchand	16	Marchand	17
Bouilly	1		

3e tour. Votants : 35; majorité : 18.

MM. Richelot	19 voix.	Élu.
Marchand	16 —	

NOMINATION DE QUATRE MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Votants : 31.

MM. Latouche	18 v. Élu.	Courtin	4 voix.
Peugniez	22 — —	Buffet	2 —
Témoin	20 — —	Ovion	1 —
Sieur	29 — —	Lafourcade	1 —
Delagenière	12 —	Vaslin	1 —
Loison	5 —	Dianoux	1 —
Isambert	7 —		

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1899

Présidence de M. Berger.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Sieur, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui remercie la Société de sa nomination au titre de membre correspondant ;

3° Une lettre du Dr Platon, qui envoie un travail à la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydatiques du foie.

M. Paul Segond. — Mercredi dernier, à propos d'un cas de *kyste hydatique du foie traité par le capitonnage et la suture sans drainage,* notre collègue M. Delbet a bien voulu me citer pour établir que je n'avais pas compris le but de ce mode de traitement. J'aurais même été, d'après lui, jusqu'à supposer qu'il conseillait de « réduire la cavité kystique par le capitonnage, pour la marsupialiser ensuite » !

Notre collègne se trompe. Sans doute, la phrase unique dans laquelle j'ai apprécié son procédé est trop laconique et, de plus, elle contient une erreur de mot qui prête à confusion. J'ai écrit, en effet, que le capitonnage de la poche *réduisait* les dimensions de la

cavité kystique, et ceci est aussi mal dit que possible. Le capitonnage ne *réduit* pas la cavité, il la *supprime*, et par conséquent « il a pour corollaire la suture totale et la réduction sans drainage » Il y a donc là, de ma part, une faute de rédaction que je déplore infiniment et dont j'aurai grand soin d'expurger l'édition prochaine de mon article.

Mais si j'ai eu le tort que je viens de reconnaître, je n'ai pas du tout celui d'avoir pensé qu'un chirurgien aussi avisé que M. Delbet pouvait proposer de capitonner, pour marsupialiser ensuite. Pareille manœuvre ne serait pas seulement *illusoire*, ainsi qu'il est écrit dans notre compte rendu, elle aurait tous les titres au qualitatif plus précis dont M. Delbet s'est servi dans sa communication orale, elle serait tout simplement bête. J'espère qu'il n'en faut pas davantage pour que notre collègue soit bien convaincu que l'erreur d'interprétation qu'il me prête n'existe pas.

Quant à mon jugement général sur son procédé, je le maintiens dans son intégralité. Sans contester en aucune manière les six belles guérisons par capitonnage relatées par M. Delbet, j'ose faire à son procédé deux objections. Il me semble que le capitonnage doit être souvent bien difficile à faire avec assez de perfection pour que la coaptation exacte des parois évite toute production kystique ultérieure, et, ce qui est plus grave, je me demande ce que donnerait le capitonnage avec suture totale et réduction sans drainage, en cas de cholerrhagie consécutive.

Jusqu'à plus ample informé, j'en reste donc aux conseils donnés dans l'article que M. Delbet m'a fait l'honneur de citer. Exception faite des cas dans lesquels les parois d'un kyste hydatique sont assez souples et assez dégagées de tissu hépatique pour se prêter soit à une large résection, soit à une ablation totale, je ne connais pas d'opération plus simple et plus sûre que l'incision large avec suture des lèvres de l'incision kystique à la paroi abdominale.

M. Tuffier. — Je crois qu'au capitonnage on peut substituer la méthode bien plus simple de Bobroff, qui consiste à ouvrir le kyste, à le vider, à gratter la poche, à laver et à refermer. J'ai employé ce procédé sur un malade du service de M. Berger. Après laparotomie, j'ai ouvert le kyste, l'ai lavé au sublimé et l'ai refermé avec une double suture de Lembert, puis l'ai laissé dans cet état. Je ne vois pas bien ce que peut risquer à agir ainsi un chirurgien aseptique. En tous cas, mon malade est opéré depuis trois mois et n'a pas eu d'accidents.

M. Quénu. — Je ne veux dire qu'un seul mot ; c'est qu'il est

impossible d'ériger en méthode générale le procédé du capitonnage. Il faut pour cela avoir affaire à ces cas particuliers de kystes petits, superficiels, faisant saillie à la surface du foie.

Cette année, j'ai opéré cinq ou six grands kystes et jamais l'élasticité de leur paroi n'aurait permis de supprimer leur cavité.

M. Nélaton. — Je ne veux que rappeler une observation où j'ai opéré un malade suivant la pratique de Delbet; le malade a guéri au bout de huit jours.

A propos de l'arrachement du plexus brachial.

M. Tuffier. — J'ai pris la parole, dans la dernière séance, à propos des arrachements du plexus brachial. J'ai aujourd'hui une autre observation à vous soumettre. Il s'agit cependant plutôt d'une élongation que d'un arrachement du plexus. C'est un malade du Havre qui, en descendant de tramway, fit un faux pas, pendant que, pour se retenir, son bras restait élevé, la main cramponnée à la rampe. Sans tomber, il se fit une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule. Le Dr Fauvel, chirurgien de l'hôpital du Havre, qui se trouvait à passer, constata une paralysie complète du bras, il n'y avait aucun mouvement, une paralysie flasque, avec des mouvements de l'index, tout au plus, obtenus au prix de grands efforts. Notre confrère réduisit aisément la luxation. Il constata ensuite la persistance des accidents paralytiques. J'ai vu le malade neuf jours après le début des accidents. Les mouvements sont revenus en partie, mais il y a une paralysie complète du radial et du circonflexe. Je ne sais ce qui se passera dans la suite, mais voilà un exemple de paralysie par élongation, paralysie de moindre gravité que celle qui est consécutive à un arrachement

---

Communication.

Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de deux ans et demi. Laparotomie, guérison,

par M. François Hue (de Rouen), membre correspondant.

Les kystes de l'ovaire ne sont pas communs chez les tout jeunes enfants et je n'ai pu trouver, dans la littérature médicale, que

quelques cas avant la quatrième année. Ce sont ceux de Mayer, de Bonn (dix-sept jours), de Richard Brown (neuf mois, tumeur encéphaloïde, pesant 10 onces et demie), de Kiswisch (un an, préparation du Musée de Prague), cités par Louis Gallez ; ceux de Rœhmer (vingt mois), de Hooks (trente mois), cités par MM. Labadie-Lagrave et Legueu, ce dernier cas étant le seul qui ait été opéré. Or, il m'a été donné d'opérer avec succès, il y a quelques mois, une fillette de deux ans et demi qui était atteinte d'un kyste dermoïde, comme dans les observations précédentes, mais dont l'histoire, du fait de l'âge de la malade, présente quelques particularités intéressantes. Voici d'abord l'observation :

Au mois de décembre 1897, M[me] Del... (de Fécamp), envoyée par le D[r] Vandaële, vient me montrer sa fillette qui dépérit depuis quatre à cinq mois, se plaint du ventre et présente dans l'abdomen une grosseur qui devient de plus en plus apparente.

La fillette, bien constituée, d'aspect vigoureux, est la troisième enfant de la famille ; les autres sont en bonne santé. Pas de tare à noter chez les parents. La grosseur que l'on peut constater à la région sus-ombilicale, était auparavant, dit la mère, plutôt dans le flanc gauche ; mais en même temps qu'elle a grossi, elle s'est déplacée et est devenue médiane. Elle a le volume d'un poing d'adulte, on la sent facilement par la palpation. Elle forme même une voussure apparente. Elle est mate dans toute son étendue, arrondie, mobile latéralement, beaucoup moins de haut en bas. Elle est intra-abdominale, rénittente, peu douloureuse à l'exploration. A cause de sa situation médiane au-dessus, bien plus qu'au-dessous de l'ombilic, je pense à un kyste hydatique de l'épiploon et conseille, par prudence, de libérer l'intestin avec des laxatifs administrés à quelques jours de distance, avant de procéder à un second examen et de décider une opération.

On me ramène l'enfant en février, deux mois après. La tumeur a manifestement augmenté de volume, presque doublé même. Elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus et tous ses symptômes se sont accusés. Elle paraît bien arrondie et bien mate dans toute son étendue sans être traversée d'une zone de sonorité. Cependant, je dois noter qu'une fois, à un examen ultérieur, on perçut une bande sonore sur l'hémisphère inférieur. L'état général est satisfaisant, bien que la mère trouve son enfant de plus en plus changée et amaigrie. Les vomissements sont rares et l'enfant joue volontiers, quoique gênée par sa grosseur.

L'opération a lieu le 28 février 1898, deux ans et neuf mois après la naissance (14 mai 1895). L'incision, longue de 6 centimètres, est pratiquée sur le point culminant de la tumeur ; c'est-à-dire pour les trois quarts au-dessus de l'ombilic qu'elle traverse. Après l'ouverture du péritoine, l'épiploon se présente intact. L'épiploon relevé, la tumeur qui se trouve au-dessous est ponctionnée avec l'aspirateur. On extrait

400 grammes d'un liquide séreux, de couleur ambrée. La poche, rétractée et sans adhérences, est facilement attirée au dehors, où on s'aperçoit qu'elle est constituée par l'ovaire gauche et rattachée à la corne utérine par un long pédicule. L'utérus et les annexes droits sont sains. Ligature du pédicule à la soie, suture de la paroi à trois étages; pansement à l'iodoforme.

Les suites furent aussi simples que possible, et le dix-huitième jour, l'enfant rentrait à Fécamp.

Le kyste vidé pesait 37 grammes. Il a été égaré. Il se composait d'une poche principale qui contenait le liquide évacué et d'une poche accessoire semblant incluse dans la paroi. Cette poche accessoire contenait, au milieu d'un magma sébacé, gros comme un dé de cheveux enmêlés et deux petits fragments d'aspect ostéo-cartilagineux, sans forme définie.

Le point le plus intéressant de cette observation m'a paru être la difficulté relative du diagnostic que la situation de la tumeur loin du bassin, au-dessus même de l'ombilic, avait égaré. Il est vrai que les enfants n'ont pas de bassin, chirurgicalement du moins. De même j'avais été éloigné de songer à une tumeur d'origine profonde, par la forme de la matité qui, sauf lors d'un dernier examen, délimitait une surface bien entière et bien arrondie.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite (suite).

M. Schwartz. — Malgré tous les travaux et les communications faits sur l'appendicite, nous sommes encore loin d'avoir une base bien définie au point de vue du traitement. Si l'accord paraît exister pour les appendicites chroniques à rechute, il n'en est pas de même quand on se trouve en face d'une appendicite aiguë; les communications de nos collègues ont bien mis en vedette les divergences qui peuvent exister entre les chirurgiens.

Ce qui fera toujours la grande difficulté du traitement de l'appendicite aiguë, c'est la diversité des physionomies cliniques auxquelles peut donner lieu une lésion à peu près analogue chez des individus différents, les formes insidieuses que revêtent dans beaucoup de cas les appendicites les plus graves, alors qu'au contraire certaines formes très légères et qui guériront sans opération, se manifestent par des symptômes alarmants.

Pour en venir à la proposition formulée au mois de juillet der-

nier par notre excellent collègue Poirier, je ne puis l'accepter dans son absolutisme, et si j'ai plutôt une tendance à intervenir plus souvent et plus rapidement, il n'en est pas moins vrai que nous avons vu guérir un certain nombre d'appendicites aiguës, sans intervention; nous avons pu, pour certaines d'entre elles, faire une opération à froid qui est incontestablement bien moins dangereuse. Un fait à relever aussitôt, c'est que les lésions sont assez souvent bien au-dessous de ce que l'on s'attendait à trouver, étant donnés les symptômes alarmants observés chez certaines d'entre elles, surtout lorsque l'appendicite en est restée à une seule poussée.

Lorsque nous nous trouvons en face d'une appendicite aiguë, notre conduite varie suivant les cas, et j'avoue que rien ne me paraît plus difficile dans certains que la détermination à prendre, précisément parce que des formes absolument superposables au point de vue clinique actuel se terminent tout différemment quand on les voit évoluer. En général, lorsqu'il n'y a pas de signes indiquant la prise du péritoine, pouls régulier et bien frappé, peu de ballonnement du ventre, respiration large et facile, selles à peu près normales ou pas de constipation opiniâtre, nous n'intervenons pas. Nous conseillons le traitement médical bien connu : glace sur le ventre, opium à l'intérieur, lavages du gros intestin, alimentation liquide et lactée, autant que possible. Nous avons vu dans ces conditions guérir la plupart des appendicites et pu opérer ensuite à froid un certain nombre d'entre elles. Presque toujours, dans ces cas, nous avons été frappé des lésions peu étendues trouvées à l'opération à froid : adhérences, lésions d'appendicite folliculaire. Quatre ou cinq fois, nous avons trouvé des ulcérations de l'appendice. Trois fois au moins, des petits abcès dans l'appendice en voie de perforation; trois ou quatre fois aussi, des abcès périphériques enkystés par d'épaisses néomembranes.

Lorsque des signes d'épanchement, d'abcès de la fosse iliaque apparaissent, il est évident qu'il faut inciser, et la conduite n'est pas discutable, si ce n'est dans certains faits, où l'on se trouve en présence d'abcès gazeux qui donnent l'illusion d'anses intestinales sonores; lorsque tous les autres signes de suppuration existent, malgré la sonorité de la fosse iliaque, il faut inciser sans donner trop d'importance à la percussion.

Lorsque dans une appendicite aiguë se montrent des signes de péritonite, si celle-ci paraît localisée, circonscrite, que l'état général est peu atteint, nous nous abstenons encore volontiers en surveillant attentivement le malade; c'est le pouls, la respiration, les fonctions de l'intestin qui sont en général nos meilleurs guides. Comme notre collègue Routier, nous accordons la plus grande

importance au pouls, à ses qualités plutôt qu'à sa fréquence. Quand il y a absence d'émission de gaz par l'anus, avec tympanisme peu prononcé, lorsque la respiration s'accélère, nous opérons presque toujours et jamais nous n'avons fait une opération qui ne fût pas indiquée. Comme notre collègue, nous avons toujours trouvé des lésions beaucoup plus sérieuses que celles auxquelles l'on s'attendait.

Bien entendu, s'il y a des signes de péritonite généralisée, l'opération d'urgence s'impose toujours, malgré les mauvais résultats qu'elle donne trop souvent; le malade est infailliblement perdu si l'on n'opère pas, et cela le plus vite possible; l'opération seule peut lui donner quelques chances de salut, à condition de drainer largement par deux ou trois incisions médiane et bilatérales toute la grande séreuse infectée.

Il est enfin des cas où dès le début le chirurgien peut prévoir l'inanité de toute intervention; il semble qu'alors l'appendicite ne soit qu'une localisation d'une infection générale que dénotent un facies typhique, une dépression profonde des forces sans manifestations graves du côté du ventre, de la douleur à droite il est vrai, mais peu de ballonnement, pas de vomissements, un pouls misérable, dépressible quoique peu fréquent, une température ne dépassant pas 37°5 à 38 degrés, et une certaine anxiété respiratoire.

Lorsque la poussée aiguë est guérie sans intervention, quelle doit être notre conduite? C'est là un point touché dans la communication de notre collègue Poirier et qui me paraît mériter notre attention. Il est des chirurgiens qui après une appendicite grave interviennent à froid d'une façon pour ainsi dire constante: pour ma part, je ne vais pas jusque-là. Si après une appendicite aiguë, toute douleur spontanée ou à la pression profonde a disparu, si je ne perçois aucune induration, aucun empâtement profond, si les fonctions digestives se sont régularisées, je conseille l'abstention; j'ai ainsi par devers moi une trentaine de guérisons d'appendicites aiguës restées définitives depuis une à plusieurs années. Par contre, s'il reste un peu d'endolorissement se manifestant surtout à la fatigue, s'il persiste le moindre empâtement douloureux à la pression, s'il y a de la constipation habituelle, j'interviens par l'opération à froid, et jamais je n'ai eu à m'en repentir, car j'ai toujours trouvé dans ces cas-là des lésions suffisantes pour légitimer ma détermination.

J'en arrive maintenant à la technique qu'a préconisée M. Poirier. Il conseille la recherche *a posteriori* de l'appendice et des lésions avoisinantes par une incision remontant en arrière et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, laissant en bas les vaisseaux

circonflexes. Pour ma part, je ne vois pas les avantages de cette manière de faire, attendu que c'est presque toujours en avant contre la paroi abdominale que se trouvent les lésions et que c'est l'incision mettant le mieux au jour le cæcum et son cul-de-sac appendiculaire qui me paraît la plus favorable dans la majorité des cas. De plus, le voisinage des vaisseaux circonflexes est à éviter, comme le démontre son observation même, où le malade a succombé à une hémorrhagie veineuse secondaire par chute d'une escarre, qui a ouvert la veine circonflexe.

Quand il s'agit d'opérer à chaud, ma technique est la suivante : large incision de 8 à 10 centimètres, le long du bord externe du grand droit, depuis l'arcade crurale. Le péritoine est incisé un peu en dedans du rebord musculaire. Cette incision, je la fais exclusivement depuis trois ans; c'est celle qu'ont conseillée Max Schüller, puis nos collègues Routier et Jalaguier. Je n'en connais pas qui mette aussi bien à découvert la région cæcale et permette, le cas échéant, de poursuivre en haut et en dedans les lésions étendues que l'on trouve souvent, par anomalies de siège ou par envahissement. Si je trouve l'appendice, je le résèque, mais je ne le cherche pas de parti pris, si ces recherches menacent d'ouvrir la grande séreuse intacte ou des anses intestinales friables : je draîne avec deux gros drains en canon de fusil et des mèches de gaze iodoformée disposées tout autour. Je n'ai vu dans ces conditions alors que j'avais laissé l'appendice, qu'une seule récidive chez une dame de cinquante-cinq ans; elle fut, un an après la première atteinte terminée par un vaste abcès iliaque, prise d'un nouvel abcès, qui fut incisé de nouveau et drainé : malgré mes recherches, je n'ai, encore pendant la seconde opération, pu trouver l'appendice. Au point de vue des suites, j'ai observé deux éventrations dans deux cas d'incisions parallèles à l'arcade crurale suivant Roux : Je n'en ai pas observé depuis que je fais l'incision verticale. C'est elle que j'emploie toujours encore dans les opérations d'appendicite à froid, et je ne puis que m'en louer. Elle permet une reconstitution de la paroi, que je suture par trois ou même quatre plans; elle me permet de placer l'incision péritonéale derrière le grand droit : elle est excellente quand il s'agit d'appendicites compliquées d'annexites chez la femme, et encore lorsqu'il y a eu erreur de diagnostic et qu'il y a une annexite au lieu d'une appendicite. En somme, l'incision préconisée par nos collègues Routier et Jalaguier est à notre avis la meilleure, à moins bien entendu qu'il ne s'agisse d'appendicites à foyers rétrocæcaux et anormalement placés.

Au point de vue de la technique de la résection même, je taille un petit manchon péritonéal qui me sert, une fois l'appendice

sectionné au ras du cæcum au thermocautère après ligature au catgut, à recouvrir l'embouchure de l'organe que j'enfouis encore par deux ou trois points dans la paroi du gros intestin; nous ne drainons pas quand tout s'est passé aseptiquement et qu'il n'y a pas trop de suintement sanguin. Sinon, un petit drain à la partie inférieure de l'incision ou une petite mèche de gaze assure le drainage, qui est supprimé, en général, au bout de quarante-huit heures.

Il m'est arrivé deux fois de ne pouvoir enlever l'appendice à froid; il y avait un tel épaississement fibreux de l'intestin, des adhérences tellement intimes à la fosse iliaque, qu'au bout d'une demi-heure d'efforts infructueux, j'ai dû renoncer à trouver l'appendice. Dans un cas, après l'opération suivie d'un large drainage motivé par un suintement sanguin abondant, la tumeur que formaient l'intestin et ses adhérences a diminué peu à peu et j'ai pu revoir le malade en parfait état au bout de quelques mois, conservant encore une induration mais ne souffrant pour ainsi dire plus. Par contre, il avait une petite éventration à la partie postérieure de la cicatrice de l'incision faite suivant le procédé de Roux. La seconde fois, l'opération a été plus pénible encore et le malade a continué à souffrir non de poussées aiguës mais de douleurs que n'a pas améliorées la rupture partielle des adhérences.

Nous n'avons eu comme résultats opératoires qu'une seule mort à déplorer dans un cas d'appendicite opérée à froid chez une femme atteinte d'entérocolite muco-membraneuse, et qui eut le soir même des vomissements de sang avec état syncopal et tendance aux hémorrhagies que rien n'avait pu nous faire prévoir; une autre fois, un malade auquel nous avions réséqué, il y a trois ans, un appendice très difficile à trouver et à enlever au milieu de tissus adipofibreux très adhérents a fait de la suppuration localisée qui s'est propagée à une vaginale communiquant avec le péritoine de la fosse iliaque. Il a parfaitement guéri. Le malade qui a succombé, avait eu quelque temps auparavant une péritonite très grave et il s'agissait évidemment d'un agent très virulent.

Tous nos autres cas, au nombre d'une quarantaine, ont guéri et il n'y a eu aucune récidive, même aucun malaise consécutif.

Nous résumerons notre communication par ces mots : l'opération à chaud est une opération d'urgence, de nécessité; du moment qu'elle est indiquée elle doit être pratiquée aussitôt que possible; l'opération à froid est l'opération de choix; malgré tout, on se heurtera toujours dans la pratique à des circonstances qui défieront toutes les formules théoriques, quelles qu'elles soient.

M. Lejars. — Je pense, comme M. Schwartz, qu'aucune formule précise et définitive ne sortira de ce débat, aucune formule qui puisse s'appliquer, comme une règle commune, à la diversité des formes cliniques. Et je me demande ce que va conclure de nos discussions l'opinion publique médicale, si je puis ainsi parler, et quels enseignements pratiques pourront tirer de ces contradictions apparentes ceux qui manquent du temps ou de l'expérience nécessaires pour aller au fond des choses. De fait, n'assistons-nous pas à un revirement un peu étrange ? N'est-il pas déroutant, du moins pour ceux qui écoutent et qui lisent, de voir aujourd'hui les chirurgiens prêcher l'abstention, l'attente, le traitement médical, alors que précisément la voix retentissante d'un médecin réclame l'intervention immédiate et témoigne d'une foi sans bornes dans l'efficacité de l'acte opératoire ? N'est-ce pas la contre-partie de ce que nous avons vu, il y a quelques années? On trouverait peut-être à cette antithèse une raison toute simple, dans ce fait, que nous voyons aujourd'hui les appendicites plus souvent et plus tôt, et que, par suite, nous connaissons mieux ces formes atténuées que seuls observaient autrefois nos collègues médecins. Toujours est-il que, si le champ de notre observation s'est étendu, nos responsabilités se sont accrues, et c'est à ce point de vue que je désire me placer.

Personne ne discute l'excellence de l'opération « à froid » ; nous ne désirons tous qu'une seule chose : c'est d'opérer « à froid » le plus souvent possible. L'intervention, complexe parfois, est bénigne toujours, la guérison est simple et s'accomplit, pourrait-on dire, dans les conditions les plus agréables pour le chirurgien et pour le malade.

La difficulté n'est pas là : elle est tout entière dans la délimitation des cas, qu'il est légitime de réserver à l'opération « à froid ». Certaines formes chroniques ou subaiguës, ou d'allures inflammatoires franches, de localisation évidente, d'évolution manifestement atténuée, ne donnent lieu à aucune hésitation ; mais, à côté de ces indications nettes, il y a toute une série de faits intermédiaires pour ainsi dire, de types cliniques imprécis, suspects, par conséquent, qui prêtent à discussion.

Et tout d'abord, l'opération conserve, à mon sens, tous les caractères de l'urgence dans les deux formes que voici :

Lorsque nous constatons la présence d'un abcès, ou encore lorsque l'existence d'un épais gâteau iliaque, combinée à la persistance de la douleur et de la fièvre, nous permet de conclure à la suppuration profonde, l'ouverture immédiate du foyer nous semble indispensable, et nous ne voyons aucune raison de transgresser ici à l'un des plus vieux principes du bon sens chirurgical.

Ajoutons que les résultats du palper iliaque ne donnent souvent, en pareil cas, que des données fort incomplètes sur les dimensions réelles de la collection suppurée. Nous n'en voulons citer que deux exemples très frappants. Le premier est celui d'une jeune fille de vingt ans, qui avait été traitée dès les premières phases de son appendicite par un confrère fort instruit et fort consciencieux : il y avait de la douleur iliaque, un peu d'empâtement, peu de réaction abdominale, un état général très bon; cependant, le dixième jour, la température se maintenait élevée, 38°5 à 39 degrés, l'empâtement iliaque avait un peu grossi et l'existence du pus n'était pas douteuse, mais il était impossible de prévoir quelle énorme quantité nous allions en trouver. De fait, il existait un abcès latéro-cæcal, gros comme un œuf de dinde, et enveloppé d'épiploon épaissi, mais le foyer se prolongeait dans le bassin, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, qu'il occupait tout entier, refoulant l'utérus et les annexes et constituant une cavité d'abcès considérable. La malade guérit, mais cet immense foyer demanda longtemps pour se cicatriser, et il n'est pas niable qu'une opération précoce eût évité ce long retard et ces ennuis, qui fussent aisément devenus des dangers. — Autre cas; cette fois encore, il s'agit d'une appendicite soigneusement observée et traitée, c'est un malade de M. Troisier : forme légère, d'apparence bénigne, peu de température, peu d'empâtement iliaque; le traitement d'attente et l'opération ultérieure « à froid » sont tout indiqués; pourtant, au quatrième jour, la douleur devenant plus vive, et la température un peu plus élevée, nous opérons, et que trouvons-nous? Le cæcum d'abord, et au-dessous de lui, après avoir relevé son bord externe, un volumineux abcès, rempli de pus fétide, qui remonte très haut derrière le côlon ascendant. Que serait-il advenu de cet abcès, si nous avions attendu encore, et l'état général et local l'eût parfaitement permis. Il se serait ouvert dans le cæcum, sans doute : terminaison heureuse, je le veux bien, à l'époque de Grisolle, mais qui ne me paraît pas être l'idéal de la thérapeutique actuelle. De plus, au contact de ces vastes collections purulentes, la paroi cæcale s'altère et s'affaiblit, et dans le fait précédent, en particulier, elle était si macérée, si molle, si friable, que je m'abstins de toute recherche de l'appendice, tant j'avais l'impression que la moindre manœuvre un peu rude aurait troué et déchiré le cæcum. Il y a là, à mon sens, la raison pathogénique la plus fréquente des fistules stercorales consécutives à l'opération de l'appendicite.

A côté de cette première catégorie de formes cliniques, pour lesquelles l'opération d'urgence conserve, je crois, tous ses droits, j'en indiquerai une autre : celle des appendicites infectieuses,

d'allures septiques d'emblée. Et je n'entends pas seulement parler de ces appendicites perforantes suraiguës, de ces péritonites septiques diffuses, dans lesquelles, en intervenant tout de suite, on intervient presque toujours trop tard. J'ai en vue des cas d'évolution moins rapide, de débuts moins bruyants, moins « révélateurs », mais dont la nature n'en est pas moins identique, et dont l'issue, pour être plus tardive, n'en est pas moins tout aussi grave. J'ai opéré, il y a quelques mois, avec M. Jules Simon, une petite fille de quinze ans, chez laquelle l'affection avait montré ces caractères de bénignité apparente, et d'extrême gravité réelle. L'appendicite avait débuté le dimanche par la douleur iliaque et la fièvre; le mardi matin, l'état général continuait à être relativement bon, il n'y avait pas de vomissements, la température était à 38°5, mais le pouls était fréquent, le facies tiré, le ventre sensible sur toute sa surface, bien que le ballonnement fût peu accentué et que le palper iliaque ne révélât qu'un très minime empâtement; l'opération eut lieu quelques heures après; il n'y avait pas de pus, à peine un peu de liquide louche dans la fosse iliaque, mais un appendice sphacélé dans ses deux tiers inférieurs, aucune trace de foyer limité, et les anses grêles recouvertes, dans toute la zone avoisinante, de fausses membranes jaunâtres, sanieuses, sans adhérences. La péritonite septique était en marche, si je puis dire, et je suis convaincu que si nous avions attendu au lendemain, notre petite malade aurait succombé.

Je pourrais citer d'autres exemples, et ce sont les impressions qu'ils m'ont données, les résultats de mes réflexions et de mes inquiétudes, que je traduis ici. Encore une fois, je ne demande qu'à opérer « à froid », mais je crois qu'il faut être conscient des responsabilités que l'on assume, à « laisser refroidir » certaines appendicites.

Et les formes mêmes qui paraissent le mieux se prêter à l'opération retardée, demandent à être surveillées de près. J'observais récemment, avec un confrère très consciencieux, un jeune garçon de dix-sept ans qui présentait le type de l'appendicite d'allures bénignes : température peu élevée, excellent état général, pas de réaction abdominale, empâtement très circonscrit dans la fosse iliaque. C'était, s'il en fut, un cas à soumettre d'abord au traitement médical : ce qui fut fait avec une complète régularité. Or, au dixième jour, sans aucun écart, sans aucune imprudence, la fièvre persistait, la tuméfaction iliaque grossissait : l'opération fut pratiquée et ouvrit un volumineux abcès qui soulevait tout le cæcum et descendait dans le bassin. — Autre exemple, plus grave : un dentiste est atteint d'une appendicite d'allures d'abord très bénignes, on ne sent presque rien dans la fosse iliaque, pas de

réaction péritonéale, température à 38 degrés; au quatrième jour, le pouls devient fréquent, le facies mauvais, le ventre se ballonne un peu : j'opère, et je trouve un appendice sphacélé et réduit à un magma jaunâtre, du liquide grisâtre tout autour et des fausses membranes jaunâtres sur les anses voisines; aucune trace d'adhérences ni de limitation. Là encore, malgré les apparences favorables des premiers jours, une attente plus longue eût abouti à un désastre.

Je me résumerai simplement en disant que, pour ma part, quand une appendicite ne m'apparaîtra pas avec des caractères franchement inflammatoires, quand je n'aurai pas une pleine tranquillité d'esprit, quand je conserverai des doutes, je ne prendrai pas la responsabilité de l'attente, et, si je suis libre, j'opérerai d'urgence.

Je ne voudrais ajouter que quelques mots sur le manuel opératoire. L'incision courbe iliaque, de longueur variable, m'a suffi jusqu'à présent; quant à la recherche de l'appendicite, je ne pense pas qu'il faille s'en abstenir de parti pris ; bien entendu, elle doit être conduite avec beaucoup de prudence et des soins minutieux, tout autant pour éviter les lésions de la paroi cæcale que pour ne pas rompre les adhérences protectrices ; mais, avec cette réserve, il arrivera assez souvent qu'en recherchant l'appendice, on ouvrira des collections secondaires qui, sans cela, seraient passées inaperçues. Enfin, j'ai l'habitude, même dans les cas où je laisse un large drainage, de réunir toujours, à trois plans, la paroi abdominale aux angles supérieur et inférieur de la plaie et sur une longueur variable, et cette amorce de rapprochement me paraît servir utilement la restauration cicatricielle ultérieure.

M. A. Guinard. — A quelques semaines d'intervalle, deux aphorismes que je considère comme dangereux et inexacts ont été émis par M. Poirier et par M. Dieulafoy.

M. Dieulafoy, à l'Académie, proclamait « qu'on ne doit pas mourir d'appendicite » et M. Tillaux protestait ici même contre cette assertion. Je crois que la Société de Chirurgie tout entière s'associerait à cette protestation. M. Poirier, dans notre séance du 6 juillet, a dit textuellement que « l'appendicite guérit toujours, lorsque le chirurgien est appelé à temps ». La formule de M. Dieulafoy ne diffère de cette dernière que dans la forme : l'idée est absolument la même. Que faut-il donc faire pour que l'appendicite ne tue jamais? M. Poirier nous donne le précepte suivant :

« Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible. »

Voilà qui est clair : quelle que soit la date du début de la crise, quel que soit l'âge du malade, quelle que soit la forme clinique de la maladie, aussitôt le diagnostic posé, il faut prendre le bistouri. Cela simplifie la question ; je crois pourtant que le problème est plus complexe, et c'est ce qui m'a fait demander la parole au mois de juillet dernier. Depuis cette époque, j'ai publié, dans le septième volume du *Traité de Chirurgie*, de MM. Le Dentu et Delbet, un long article sur l'appendicite où j'ai exposé mes idées sur ces différents points (1). Cela me dispense d'entrer ici dans de longs développements. Je n'insisterai que sur trois têtes de chapitre.

1° A quel moment faut-il intervenir?

2° Que faut-il penser de l'intervention à froid?

3° Doit-on craindre les éventrations consécutives à l'opération?

I. — *A quel moment faut-il intervenir dans l'appendicite?* — En pratique, le chirurgien est appelé à se prononcer le plus souvent dans deux circonstances où, suivant moi, il n'y a pas à hésiter. Ou bien il s'agit d'une de ces appendicites perforantes, avec septicémie suraiguë qui vient en vingt-quatre heures ou trente-six heures et alors il n'y a pas de doute possible : l'opération immédiate seule peut guérir le malade. Ou bien on est appelé au bout de quatre ou cinq jours et on trouve un gâteau péricæcal. Dans ces deux éventualités, qu'il s'agisse d'une septicémie péritonéale suraiguë ou d'une collection périappendiculaire, il faut agir immédiatement. Le manuel opératoire et le pronostic diffèrent seuls, dans ces deux cas. Dans le premier, il faut multiplier les incisions et drainer copieusement dans tous les sens : dans le second, il faut inciser directement au centre du gâteau, évacuer le pus et drainer. Guérison exceptionnelle pour l'appendicite suraiguë ; guérison presque constante ponr les infections localisées; voilà, je crois, ce que personne ne contestera : je n'insiste donc pas.

Mais en dehors de ces deux éventualités, reste la crise d'appendicite aiguë qui guérit momentanément par le traitement médical, traitement bien connu maintenant, comme le disait si bien M. Brun. Pour cette forme si commune, je crois que l'idéal est de ne pas intervenir pendant la crise, avec cette restriction qu'il ne faut pas abandonner le malade sans l'avoir opéré à froid.

Comme on le voit, je m'éloigne notablement de la pratique conseillée par M. Poirier qui opère *toujours* immédiatement. Mais je ne m'éloigne pas moins de la pratique actuelle de Roux (de Lausanne) qui, au dernier Congrès de chirurgie, conseillait de

(1) *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, p. 515 et suivantes.

ne *jamais* intervenir dans les infections suraiguës généralisées du péritoine d'origine appendiculaire.

Je sais bien que certains faits malheureux semblent plaider pour faire regretter de ne pas avoir pris plus tôt le bistouri. Voici mon ami le Dr Pauchet (d'Amiens) qui m'envoie deux observations (sur vingt-huit) dans lesquelles, au moment où les malades semblaient guéris d'une attaque franche d'appendicite et commençaient à se lever, il a vu survenir une infection péritonéale suraiguë qui les a emportés en vingt-quatre heures malgré l'intervention. Il en conclut hardiment, comme M. Poirier, que « *toute appendicite reconnue doit être opérée et le plus tôt possible* ».

J'ai moi-même publié (1) deux faits de ce genre; mais, loin d'en tirer la même conclusion, je me suis attaché à montrer qu'il faut marcher au pus quand il se manifeste sous forme de gâteau. Et là, il faut bien distinguer le gâteau proprement dit de la *sensation de gâteau*, due souvent à la défense musculaire de la paroi au niveau de la région appendiculaire : cette défense musculaire n'existe plus pendant l'anesthésie. Il est clair que lorsqu'il y a du pus collecté, il peut aussi bien se faire jour du côté de la cavité péritonéale que dans un viscère — et c'est ce qu'il faut éviter par l'opération. Ces faits, en somme, rentrent dans la seconde éventualité que j'ai envisagée, dans laquelle la présence d'un gâteau est une indication impérieuse d'intervenir.

II. — *Que faut-il penser de l'intervention à froid?* — Sur ce point, je crois que l'accord est à peu près unanime. Il faut le répéter à satiété, la prosphysectomie (2) à froid est une opération excellente et d'une bénignité absolue.

Cette opinion n'était pas généralement admise au début; mais il est certain qu'actuellement on peut affirmer que la prosphysectomie est aussi innocente que la cure radicale d'une hernie. Et cela est vrai même pour les cas les plus malaisés. Lorsqu'il s'agit de malades ayant subi plusieurs crises d'appendicite, on a souvent les plus grandes difficultés à se reconnaître dans ce magma graisseux, informe, où l'épiploon épaissi recouvre et masque l'appendice et la terminaison de l'iléon ; mais en réalité, on finit toujours par mettre à découvert l'appendice, quitte à le sculpter parfois sur les parois mêmes du cæcum avec lesquelles il est comme fusionné. Pour ma part, je n'ai jamais vu le moindre accident survenir après la prosphysectomie à froid. Partant de là, je

(1) A. Guinard. *Gaz. des hôp.*, 16 juin 1898.

(2) J'ai proposé ce terme de prosphysectomie (de προσφυσις, appendice), qui me paraît plus logiquement construit que celui d'appendicectomie.

ne vois pas pourquoi on attendrait, pour la proposer, que le malade ait eu plusieurs attaques d'appendicite.

Broca pense avec mon ami Ricard, avec mon maître Schwartz, etc., que s'il ne reste après une première crise franche, ni douleur, ni empâtement iliaque, ni trouble de la circulation intestinale, il faut attendre une seconde attaque pour opérer à froid. Je crois que la prudence commande au contraire d'intervenir à froid après la première atteinte. C'est là un détail de pratique de la plus haute importance, car le chirurgien est constamment consulté sur ce point.

Ma conviction à cet égard se base sur ce fait, que tout sujet qui a une crise d'appendicite est exposé à en avoir d'autres, et même au cas où la première a été bénigne, il peut arriver que la seconde soit des plus graves.

En d'autres termes, on ne peut préjuger de la gravité d'une attaque d'appendicite, d'après l'intensité d'une crise antérieure. Et alors pourquoi attendre, quand on peut, avec la plus grande certitude et par une opération toujours innocente, mettre le malade à l'abri de tout danger?

Quand on a réduit une hernie étranglée, attend-on pour faire la cure radicale que l'étranglement se soit reproduit une seconde fois?

Une autre considération doit encore plaider en faveur de cette pratique constante de la prosphysectomie à froid dès qu'il y a eu une atteinte franche d'appendicite.

Je suis convaincu que cette affection ne se montre que chez des sujets prédisposés par un état anatomique ou pathologique préexistant. N'a pas qui veut une appendicite. Il faut que la circulation des liquides dans le cul-de-sac appendiculaire, dans ce cæcum du cæcum, soit gênée ou entravée par une cause quelconque, par une concrétion calculeuse, par une boulette fécale, par une difformité congénitale ou acquise de l'organe, une longueur anormale de l'appendice, une torsion, une coudure, une cicatrice vicieuse, une adhérence à un organe voisin, etc.

Dans ces conditions anatomiques anormales, l'attaque d'appendicite survient à l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque, d'une fièvre typhoïde fruste, d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une varicelle, d'une scarlatine. J'ai cité ailleurs de nombreux faits qui appuient cette conception de la pathogénie générale des appendicites. C'est la stagnation si bien décrite par M. Reclus, à laquelle j'ajoute une disposition anatomique permanente, congénitale ou acquise, qui joue le rôle principal dans l'éclosion des accidents en favorisant cette stagnation. Avec cette conception pathogénique, la prosphysectomie à froid s'impose dès qu'on a

assisté à une attaque franche. On doit se dire que le malade est *prédisposé* et qu'il est exposé à de nouveaux accidents à la première occasion. Comment lui refuser le bénéfice d'une intervention aussi bénigne qui, seule, peut le mettre à tout jamais à l'abri de toute inquiétude. J'arrive ainsi à la troisième question dont je parlais plus haut.

III. — *Doit-on craindre les éventrations consécutives à la prosphysectomie?* — Je crois qu'il y a ici une confusion. Les éventrations ne sont malheureusement pas rares après l'opération. Mais c'est surtout après l'intervention en pleine crise, quand on a été obligé de drainer. Je n'ai jamais observé d'éventration après la prosphysectomie à froid sans drainage, et d'ailleurs, s'il s'en présente quelquefois, cela ne contre-indique pas l'opération : n'en voit-on pas après des laparotomies médianes pour des affections utéro-ovariennes, et cette perspective arrête-t-elle le chirurgien ?

On peut le dire, s'il n'y a pas eu de drainage, et si la suture est restée aseptique, l'éventration consécutive est si exceptionnelle qu'il n'y a pas à en tenir compte.

En résumé, en dehors des appendicites suraiguës et des abcès enkystés d'origine appendiculaire qui appellent le bistouri immédiatement, l'idéal est d'opérer à froid, et le chirurgien prudent doit user de toute son autorité pour faire accepter l'intervention dès qu'il y a eu une crise d'appendicite.

M. Paul Reynier. — Messieurs, notre collègue M. Poirier, dans sa très intéressante communication d'il y a six mois, est venu nous apporter une observation d'intervention pour appendicite datant déjà de sept jours. Se basant sur cette observation d'une part, et d'autre part, sur dix-sept faits, dont il ne nous donnait pas les détails, notre collègue a cru pouvoir émettre sur l'appendicite un certain nombre de propositions absolues, contre lesquelles MM. Brun, Ricard et Guinard ont déjà protesté, et je voudrais joindre ici ma protestation à la leur.

Pour M. Poirier, comme l'a fait remarquer M. Guinard, il est inutile de s'arrêter aux *subtilités de la clinique. Sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être rapidement opérée. Si le chirurgien est appelé à temps, il guérit toujours.* Sous une autre forme, c'est ce que M. Dieulafoy a dit dans une autre enceinte : *On ne doit pas mourir d'appendicite quand le chirurgien est appelé à temps.*

M. Tillaux à déjà fait remarquer combien de pareilles assertions engagent la responsabilité des chirurgiens, combien elles nous mettent en mauvaise posture en cas d'accidents. Toutefois, si la

responsabilité du chirurgien est augmentée, il faut reconnaître que son rôle se trouve bien facilité.

Plus ne serait besoin d'un examen approfondi du malade, plus ne serait besoin de discuter le plus ou moins bien fondé d'une opération.

Le diagnostic rapide d'une appendicite seul suffit. Appendicite égale opération immédiate.

Cette chirurgie de formules, chirurgie simple, s'accommode-t-elle cependant à tous les cas? M. Poirier me permettra d'en douter.

N'est-ce pas méconnaître les différences capitales qui peuvent exister entre une appendicite et une autre? Affection très bénigne dans un cas, ne peut-elle pas dans d'autres cas offrir une gravité exceptionnelle?

N'est-ce pas ne tenir aucunement compte des conditions qui, là comme ailleurs, dans toute l'économie, peuvent aggraver le pronostic de toute inflammation, forcer le traitement à varier, ou mettre quelquefois l'affection au-dessus des ressources de l'art?

Ce que nous avons reconnu ailleurs comme vrai ne le serait-il plus quand il s'agit d'appendicite?

N'aurions-nous pas à faire entrer en ligne de compte dans le pronostic la nature du microbe, l'état général qui, partout ailleurs, jouent un si grand rôle ?

N'y a-t-il pas, enfin, des cas où on a le droit et le devoir de raisonner son opération ?

Je citerai, à ce propos, une observation de ma clientèle, qui montre bien combien on peut à bon droit, dans certaines circonstances, être très hésitant.

Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, diabétique, 150 grammes de sucre, et albumine dans les urines, très obèse, pannicule graisseux abdominal de plus de 5 centimètres d'épaisseur.

Prise le samedi de phénomènes d'appendicite, elle avait vu un chirurgien qui conseilla l'intervention immédiate.

Je suis appelé le soir. Je trouve une femme avec un facies péritonéal, une respiration rapide, un pouls petit, vomissements fécaloïdes, température basse, et je m'oppose à l'intervention n'ayant aucun phénomène de localisation. Je crois, en effet, que celle-ci se ferait dans des conditions particulièrement dangereuses. Dans un milieu qui n'était nullement préparé, avec une pareille couche de graisse à inciser, je ne cache pas à la famille que, si l'état est grave, je considère cependant que la malade a plus de chances de s'en tirer sans opération qu'avec une intervention. Je mets de la glace sur le ventre, je donne de la caféine et, grâce à cette thérapeutique, j'ai eu, en effet, la joie de voir se localiser l'affection et la malade finir par se guérir sans intervention. Il y a

quatre ans de cela, le diabète a été soigné, et ma malade se trouve actuellement dans un état florissant. Je doute que l'opération eût réussi de la sorte. J'ai un certain nombre de malades de ce genre, pour lesquels je ne pus pas intervenir et qui ont guéri. Si M. Routier dit n'avoir jamais regretté d'être intervenu, moi je me félicite de n'être souvent pas intervenu. Je dis que, dans des cas pareils, M. Poirier hésiterait, lui-même, à mettre en pratique ses propositions.

Doit-on encore opérer quand la température est basse, le pouls rapide, quand le malade semble ne pouvoir pas supporter le choc chloroformique? Dans ces conditions, faire une intervention, c'est souvent, c'est presque sûrement aller au-devant d'un désastre qu'on éviterait, comme je le montrerai tout à l'heure, par la temporisation, si on relève les forces des malades par des excitants du cœur : sérum, caféine, etc.

M. Poirier ne reconnaît-il pas encore, en nous disant d'intervenir de suite dans les appendicites aiguës, qu'il y a cependant avantage à opérer à froid quand on le peut? A ce moment, l'opération est toujours peu grave, elle est radicale, ce dont on n'est jamais sûr quand on opère en pleine poussée aiguë.

Enfin, je demanderai à M. Poirier ce qu'on appelle opérer à temps! expression fort vague, qu'il serait bon de préciser. Est-ce dans les premières 24 heures, est-ce au bout de 36 heures, de 48 heures?

Dans les premières 24 heures, n'est-ce pas demander l'impossible? Combien de fois le médecin sera-t-il appelé au début même de l'appendicite?

Ne faut-il pas lui donner le temps, à lui et au chirurgien, de faire le diagnostic, et ce diagnostic est-il toujours si facile à faire?

La précipitation pour opérer n'a-t-elle pas été déjà la cause de grossières erreurs, reconnues le ventre ouvert? Colique néphrétique, hépatique, point pleurétique n'ont-ils pas été pris pour des appendicites?

Le chirurgien doit ensuite préparer son opération; et finalement, bien rarement il pourra intervenir au bout de 36 heures. Est-ce alors à temps d'opérer? Des cas de mort survenus à cette époque montrent cependant que ce n'est pas encore à temps.

Ce sont toutes ces considérations qui m'empêchent d'accepter les propositions de M. Poirier.

Pour mon compte personnel, je crois qu'il est au contraire très intéressant, en fait d'appendicite, de tenir grand compte des subtilités cliniques, et de régler sa conduite, de la modifier suivant les symptômes relevés.

Rien en effet ne diffère plus d'une appendicite, ai-je déjà dit, qu'une autre appendicite. Vous avez des appendicites qui évoluent sans jamais présenter de symptômes inquiétants, pour lesquelles le médecin ou le chirurgien qui les soigne n'a aucun moment de préoccupation.

Opérez ces malades de bonne heure, opérez-les tardivement, ne les opérez pas, vous aurez toujours des succès. Ce sont les cas les plus nombreux, ils fournissent l'appoint des succès qu'on enregistre dans toutes les statistiques des interventionnistes ou des non-interventionnistes.

En présence de ces appendicites qui évoluent sans péritonisme bien marqué, qui au bout de 24 heures ont un pouls bon, une température normale, je crois de plus en plus que le mieux est de se contenter du repos au lit, de la glace continue, de l'absence de purgations.

Avec ce traitement bien conduit, on voit évoluer sans crainte une appendicite dans la grande majorité des cas, et on est amené à les opérer à froid au bout de cinq à six semaines.

La bénignité de cette opération qui permet d'enlever toujours l'appendice, quelque anormalement placé qu'il soit, fait comprendre pourquoi, de plus en plus, elle a des partisans, et je partage sous ce rapport entièrement les opinions de M. Brun.

Toutefois, si je ne me presse pas d'intervenir dans une appendicite ayant tous les symptômes bénins, je reste dans une expectative armée.

A la première élévation de température, à la première localisation bien nette, j'interviens, à moins de cas exceptionnels, comme chez l'obèse dont je parlais tout à l'heure.

Je ne laisse pas un abcès évoluer, et j'agis comme l'indiquait M. Guinard.

Mon intervention consistera alors le plus souvent dans l'ouverture simple de l'abcès, à moins que l'appendice ne se présente à moi facilement. Et en cela, je fais ce que font tous mes collègues; si nous ne recherchons pas systématiquement l'appendice, c'est qu'il est quelquefois très difficile à trouver, que les doigts, pour cette recherche, sont contaminés par le pus de l'abcès, qu'on risque de détruire des adhérences. Enfin très souvent l'appendice sert à masquer une perforation cæcale, qu'on risque de découvrir en l'enlevant.

Toutefois, je crois qu'il est bon, en effet, de chercher la position de cet appendice, car, dans cette recherche, on peut, comme l'ont fait remarquer quelques-uns de nos collègues, ouvrir des abcès secondaires.

Là encore on ne peut donner de règles absolues. On se conduit

pour le mieux suivant les circonstances, et je crois que c'est la pensée intime de tous nos collègues.

Je sais bien qu'en laissant l'appendice, on risque d'avoir des rechutes, rares il est vrai, puisque je n'en relève que cinq cas dans ma statistique personnelle, portant à l'heure actuelle sur soixante dix-neuf cas.

Ces cas toutefois existent. Il m'a fallu aller rechercher l'appendice, parce que le malade continuait à souffrir et avait de nouveaux accidents.

Mais la recherche ultérieure de l'appendice n'offre pas la gravité qu'elle pourrait avoir dans un péritoine enflammé.

J'arrive maintenant aux appendicites évoluant avec des symptômes péritonéaux graves, facies mauvais, ballonnement du ventre, absence de signe de localisation, rapidité et petitesse du pouls, température basse ou élevée, vomissements incessants, voire même fécaloïdes.

Ce sont là les cas difficiles, ceux pour lesquels nous avons surtout à discuter.

Ces cas forment, il faut le dire, la minorité. Sur 79 malades, je ne relève que 8 cas. Ils diminuent à l'heure actuelle, et cela tient probablement à ce qu'on connaît mieux, dans le monde médical, et même dans le public, l'appendicite. Nos discussions ont eu le bon côté de faire se défier de toute douleur survenant dans la fosse iliaque droite, et de faire supprimer ces purgations intempestives, cause de tant de désastres.

Je suis de l'avis de M. Poirier : ces accidents graves ne paraissent pas brusquement, sans prodromes prémonitoires.

Interrogez les malades, et vous apprenez toujours que depuis quelques jours ils souffraient de leur côté, qu'ils avaient des malaises, qu'ils se sont purgés pour les faire passer.

Le malade de M. Poirier avait fait une course en bicyclette. Mais si, dès le début qu'apparaît la douleur dans la fosse iliaque, vous immobilisez le malade, vous mettez de la glace sur le ventre, et que vous vidiez son intestin par de petits lavements, ou des purgatifs légers, calomel, vous n'aurez pas ces accidents, l'appendicite évoluera plus bénignement.

Ceci dit, revenons à ces malades.

Ici encore, je suis très hésitant sur la meilleure conduite à tenir.

Devons-nous préconiser l'intervention rapide, sans discussion? Je ne le crois pas.

Nous devons, en effet, encore là faire des distinctions cliniques importantes.

Ou ces malades présentent tous ces symptômes, avec un pouls

mauvais et une température élevée, ou avec un pouls mauvais et une température basse.

Nous les trouvons ainsi, soit au début des accidents, soit 24, 48 heures après, soit le 7e jour comme le malade de M. Poirier.

Autant de symptômes, autant de circonstances qui peuvent modifier notre pronostic et notre conduite.

Si nous assistons au début des accidents graves, si nous sommes appelés dans les 24, 48 heures, le pronostic peut être moins sérieux.

Nous pouvons avoir affaire à une septicémie intestinale grave commençante, comme nous pouvons n'avoir que des phénomènes réflexes exagérés, indice d'une atteinte péritonéale, et ces phénomènes peuvent le lendemain disparaître par le fait d'un traitement approprié.

Je peux vous en donner ici un exemple frappant.

Je vois un lundi avec le Dr Desmons une jeune femme atteinte depuis dix jours de douleurs dans la fosse iliaque droite, point de Mac Burney.

Aucun phénomène inquiétant au moment de mon examen, ventre souple, pouls 80, température normale, facies excellent. Mais la malade, bien que souffrante de son côté, avait cru devoir se lever, et ne s'était couchée que pour ma visite.

Dans la soirée, elle est prise brusquement de douleurs épouvantables dans le ventre, qui se ballonne uniformément, son facies change. Des vomissements bilieux incessants, devenant à la fois noirâtres, apparaissent, aucun gaz n'est rendu par l'anus. Le lendemain matin, quand je viens la voir, je la trouve dans un état si grave, facies altéré, température 36°4, pouls 130, petit, que je demande l'avis du Dr Beurnier. Longtemps nous discutons ensemble, et finalement nous considérons l'état comme tellement grave, ne sentant aucune localisation, pensant à de la septicémie péritonéale, que nous concluons que nous n'opérerons que si les choses empirent, pour donner satisfaction à l'entourage, auquel nous ne dissimulons pas la gravité de la situation.

Mais avant, j'essaie de remonter la température de la malade avec de la caféine, des injections de sérum. Je la revois à quatre heures, l'état s'était encore aggravé. La température était à 36°2. Le pouls, par moments, avait des intermittences. L'état me paraît désespéré, et je me refuse à opérer. Je continue la glace, j'ordonne une nouvelle injection de caféine, et 1,500 grammes d'injection de sérum sous-cutané.

Le lendemain matin, on me téléphonait que la malade avait été à la garde-robe, que tout était changé. En effet, je trouve à huit heures du matin la malade souriante, une véritable résurrection.

La glace est continuée, et le quatrième jour après cette alerte, trouvant une localisation, voyant de nouveau le ventre se reballonner, je l'opère avec les Drs Souligoux et Beurnier. Nous trouvons un abcès rétrocæcal, des adhérences épiploïques, un intestin distendu, mais pas de péritonite ; nous n'avions eu affaire dans ce cas qu'à de l'occlusion intestinale. La malade a guéri de cette intervention.

Aussi, devant cette difficulté du diagnostic, *devant surtout cette température basse*, je crois qu'il vaut encore mieux ne pas intervenir avant d'avoir relevé la température et le pouls de la malade, ce que nous pouvons faire avec le sérum et la caféine, en même temps que nous favorisons la localisation par l'application de la glace continue.

Opérer dans ces conditions me paraît très dangereux. Lorsque la température est basse, le pouls rapide, on se trouve dans les conditions des hernies étranglées, où nous craignons tant de donner du chloroforme. Il me semble préférable d'attendre, d'autant plus que si le pouls se relève, si la température monte, on se trouve dans les meilleures conditions pour opérer. Il ne s'agit pas de faire ici une opération à temps, mais d'éviter surtout une opération à contretemps. Tous les malades qu'on a opérés dans ces conditions sont morts. M. Jalaguier a insisté sur le danger d'opérer des malades présentant des symptômes de ce genre.

Ce sont ces cas que Roux considère comme désespérés, et pour lesquels il croit l'intervention inefficace. Pour mon compte personnel, je me suis trouvé en présence de malades présentant les symptômes que j'ai énumérés : quatre fois je suis intervenu rapidement. Mes quatre malades sont morts; deux fois j'avais enlevé l'appendice sphacélé, deux fois je m'étais contenté de drainer.

Par contre, quatre fois je me suis abstenu, parce que mes malades me paraissaient dans un état trop grave. J'ai agi comme chez la malade dont je viens de vous parler, en usant de la glace, du sérum, de la caféine. Chez mes quatre malades, j'ai vu les vomissements s'arrêter, le pouls et la température remonter, en même temps, la localisation se faire, localisation qui m'a immédiatement fait opérer, chez trois malades; mes quatre malades ont guéri.

Voyant les insuccès de mes confrères, ma statistique personnelle, je ne peux donc changer d'opinion, et je crois toujours qu'en présence de ces malades le mieux encore est de ne pas intervenir trop rapidement.

Tout autre serait ma conduite si le pouls est bon, la température élevée, ou si avec un pouls précipité je n'ai pas une tempéra-

ture trop basse. Tout autre serait également ma conduite si je trouve le malade à une époque déjà assez éloignée du début des accidents. C'est le 7[e] jour que M. Poirier a opéré son malade, et dans ce cas j'aurais fait comme lui.

A cette époque, on n'a pas la forme de septicémie grave qui vous enlève en 3 ou 4 jours, et on peut déjà espérer avoir un péritoine résistant à l'infection. On sait enfin qu'on est en pleine péritonite et que ce n'est pas du péritonisme exagéré seul qui cause les accidents.

En résumé, là encore on ne peut avoir de formules absolues, et c'est l'état général du malade, les circonstances qui doivent vous guider.

M. Poirier, enfin, terminait sa communication par la description d'un procédé *a posteriori*, qui consisterait à décoller le péritoine, et aller par derrière le cæcum ouvrir l'abcès et faire la recherche de l'appendice. Ce procédé suppose que l'abcès ou l'appendice sont toujours à la même place, que leur situation est toujours en arrière du cæcum. Si dans un très grand nombre de cas il en est ainsi, souvent il en est tout autrement. L'appendice peut se trouver plongeant dans le petit bassin ou être accolé à la paroi abdominale, ou se dégager sous les anses intestinales en dedans du cæcum.

Je ne vois pas comment dans ces cas l'incision de M. Poirier nous conduira sur l'organe cherché. Sur le cadavre j'ai essayé le procédé; dans un cas j'ai trouvé l'appendice, dans un autre il m'a été impossible de le sentir. L'appendice était en effet en avant, ainsi que la laparotomie nous l'a démontré. Même dans les cas où on pourra trouver cet appendice, cette incision ne nous donne pas le jour suffisant pour facilement le séparer des adhérences qui peuvent le fixer. Ici, comme pour toute la chirurgie, l'incision la meilleure est celle qui vous donne le plus de jour, et qui peut répondre à tous les cas. L'incision soit sur le bord antérieur du muscle droit, soit dans la fosse iliaque répond à ces deux indications. Je préfère toutefois l'incision iliaque, qui mène plus directement sur l'appendice, et en cas de pus, risque moins de contaminer le ventre, se trouvant plus à la circonférence de l'abdomen. Quant aux éventrations consécutives, ici je suis de l'avis de mes collègues; lorsque la plaie ne suppure pas, l'éventration n'est pas à craindre et c'est encore une des raisons pour lesquelles on est de plus en plus amené à opérer à froid. Même, en cas de drainage, ces éventrations cependant ne m'ont pas paru très fréquentes. Je n'ai eu qu'une fois à intervenir pour une éventration qui s'était produite à la suite d'une ouverture d'une appendicite suppurée. Peut-être mes malades ont-ils été

ailleurs se faire restaurer leur paroi ; je crois cependant que s'ils avaient eu quelque ennui de ce côté ils seraient revenus, au moins quelques-uns, me retrouver.

Si l'éventration est rare après mes interventions, je crois que cela tient au soin que je mets à repérer les différents plans musculaires au moment où je les incise, et à les suturer ensuite par trois plans de suture. Lorsque je suis obligé de laisser un drainage, je suture comme M. Lejars, au-dessus et au-dessous de l'ouverture, les plans musculaires.

Comme conclusion, je dirai que, pour moi, si l'appendicite est prise dès le début, si elle est bien soignée, et par là j'entends l'immobilisation absolue, la glace largement appliquée sur le ventre, et d'une façon continue, l'absence de purgations intempestives, l'appendicite, dans ces conditions, évoluera le plus souvent, je dirais presque toujours, sans accidents inquiétants, et pourra être opérée en toute sécurité à froid.

Si vous êtes appelé auprès d'un malade ayant des phénomènes de péritonisme exagéré, de septicémie péritonéale, sans localisation appréciable, le pouls et la température doivent surtout vous guider. Une température basse doit plutôt vous faire temporiser, et vous avez intérêt à relever cette température et le pouls avant d'intervenir. Les succès que j'ai eus en agissant ainsi me confirment dans cette manière de voir.

M. François Hue (de Rouen). — Les cas de guérison spontanée d'appendicite aiguë, dont les praticiens sont journellement témoins, font qu'un certain nombre d'entre eux hésiteront toujours avant d'avoir recours au chirurgien.

En dehors des cas de péritonite généralisée d'emblée qui commandent l'opération rapide, il m'a paru qu'il serait désirable d'avoir une sorte de pierre de touche permettant de départir sans crainte les cas à opérer des cas où on peut attendre. Dans un nombre déjà notable d'appendicites, je me suis bien trouvé d'un vieux moyen : l'application de 4 à 5 sangsues dès le début, autant que possible. Alors, de trois cas l'un :

1° Les symptômes aigus continuent sans rémission : opérer dans les vingt-quatre heures, il y a abcès ;

2° Les symptômes aigus subissent une rémission notable pendant douze et vingt-quatre heures, puis reprennent avec une acuité nouvelle : opérer dans les vingt-quatre heures, il y a abcès ;

3° Les symptômes aigus subissent une rémission totale qui continue plus de vingt-quatre heures : attendre avec moyens médicaux.

Présentation de malades.

M. Tuffier présente :

1° Un cas de *pylorogastrectomie pour épithélioma, datant de neuf mois.* — Ce malade avait tous les signes d'une obstruction pylorique. La résection de la tumeur fut faite suivant le procédé de Kocher. Son état général est aujourd'hui parfait; depuis son opération, il n'a pas eu un accident et a repris sa profession.

2° Un cas de *gastro-entérostomie postérieure* pour épithélioma colloïde du pylore avec adénopathie. Cet homme, âgé de 30 ans, opéré depuis deux mois et demi, a gagné vingt-quatre livres; il était cachectique au moment de son opération. Je le présente pour citer un fait que j'ai constaté bien souvent sur des estomacs fortement musclés et que nombre de chirurgiens ayant quelque pratique des opérations gastriques ont certainement remarqué et peut-être signalé. *Son muscle stomacal était puissant*, et sous l'influence du simple attouchement ou de la préhension du viscère entre les doigts, il se contractait, donnant lieu à une véritable tuméfaction qui, persistant pendant plusieurs minutes. C'est, en somme, une contraction localisée de l'estomac. Je me demande si la simple *palpation du pylore* ne peut pas, dans certains cas, s'accompagner de cette même induration et faire croire à une contracture permanente antécédente.

Élections

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES TITRES DES CANDIDATS AUX PLACES DE MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL

Sont nommés :

MM. Schwartz, Gérard Marchant, Delbet,

par 21 voix sur 23 votants.

NOMINATION DU BUREAU

MM. Routier, premier secrétaire annuel.
Jalaguier, deuxième secrétaire annuel.
Brun, archiviste.
Walther, trésorier.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE ANNUELLE

(25 janvier 1899.)

Présidence de M. Berger

ALLOCUTION DE M. BERGER

Président sortant.

Messieurs,

La Société de chirurgie, dans l'année qui vient de s'écouler, a vu s'opérer d'importantes modifications dans son fonctionnement.

Comme toutes les collectivités scientifiques, elle ne pouvait assurer la pérennité de son existence qu'en subissant la loi d'évolution, et en renouvelant ses organes; c'est ce travail, dont elle avait élaboré les bases dans son précédent exercice sous la direction et pendant la présidence de mon honorable prédécesseur et excellent ami M. Delens, et dont nous pouvons, après un an d'observation, apprécier aujourd'hui les résultats.

Ceux-ci, il nous est permis de l'affirmer, répondront à notre attente.

Je ne puis vous dire encore dans quelle mesure l'état financier de notre Société bénéficiera des arrangements nouveaux qu'elle a pris avec notre sympathique éditeur, M. Masson, dont la maison depuis l'origine est restée chargée de la publication de nos *Bulletins* et de nos mémoires; les chiffres me manquent encore pour vous en donner l'évaluation précise. Ce que nous savons c'est que nos finances sont prospères, et que, sous l'habile gestion de notre dévoué trésorier, M. Walther, les ressources dont nous pouvons disposer en faveur de nos publications s'accroissent d'année en année.

La transformation de nos *Bulletins* en un fascicule hebdomadaire paraissant à jour fixe, n'était pas cependant sans nous donner quelques préoccupations; on pouvait craindre que la stricte exactitude qu'exigeait cette périodicité ne s'accordât ma avec des habitudes contractées de longue date. Nous sommes heureux de constater que la publication de nos comptes rendus hebdomadaires n'a jamais subi de retard et qu'au début de chacune de nos séances nous avons toujours eu entre les mains le *Bulletin* imprimé et déjà livré à la publicité de la séance précédente. La

précision rigoureuse de cette importante partie de notre fonctionnement en était la condition essentielle; c'est à l'activité des secrétaires de nos séances, MM. Reynier et Routier, qu'en revient le mérite; permettez-moi d'ajouter, Messieurs, que vous avez grandement facilité leur tâche par la régularité avec laquelle vous avez bien voulu leur transmettre le texte manuscrit de vos discours, de vos communications et de vos rapports. La publication hebdomadaire de nos *Bulletins*, en rendant plus actuel l'intérêt qui s'attache à leur lecture, en permettant à chacun de suivre nos discussions au moment même où elles se produisent, a réalisé un véritable progrès, et elle a été accueillie avec faveur par le public médical.

Elle nous a aussi permis d'augmenter le temps que nous pouvions consacrer à notre activité scientifique en supprimant la lecture du procès-verbal.

Grâce à votre assiduité à nos réunions, nous avons pu profiter intégralement de cette économie de temps et nos travaux, commençant régulièrement avec l'ouverture de la séance, ont pu la remplir tout entière. Ainsi les améliorations apportées au mécanisme de notre société se sont accomplies grâce au concours de tous ses membres, sans que son activité en ait été un seul instant troublée.

Des changements d'un autre ordre se sont produits au sein de la Société, cette année comme les années précédentes : comme mes prédécesseurs je dois un salut à nos nouveaux collègues, un souvenir à ceux qui ne sont plus.

Deux de nos plus éminents collègues de l'étranger, les professeurs Annandale (d'Edinburgh) et Julliard (de Genève) ont été nommés par vous associés de la Société : leur élection comme celle de MM. Levchine (Russie), Bruns (de Tubingue), Girard (de Berne), Bobroff (Moscou), nommés correspondants étrangers de la Société, resserrera les liens qui unissent celle-ci aux institutions de même ordre qui existent chez nos voisins.

Deux de nos anciens présidents, MM. Monod et Delens, ont échangé pour la place de membre honoraire celle qu'ils occupaient depuis plus de vingt ans dans nos rangs; nous les avons vus sans regret ouvrir la porte de la Société à deux jeunes collègues, certains d'avance que la part active qu'ils ont toujours prise à nos travaux et leur assiduité à nos séances ne seront nullement diminuées par ce changement de titre.

Vous avez nommé aux sièges qu'ils ont laissés vacants MM. Guinard et Delbet, que recommandaient particulièrement à votre choix leurs titres, leurs travaux et leurs communications intéressantes et nombreuses.

Deux de nos confrères de l'armée, MM. Chevassus et Brault, et deux chirurgiens distingués, MM. Bracquehaye et Broussin, avaient, au commencement de cette année, occupé les places vacantes de correspondants nationaux : tout récemment vous venez de leur adjoindre MM. Latouche (d'Autun), Peugniez (d'Amiens), Témoin (de Bourges), et notre honoré confrère de l'armée, M. Sieur, auxquels nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue.

C'est avec tristesse que nous devons compter les vides que la mort a creusés dans nos rangs. Si elle a épargné cette année les membres titulaires et honoraires, ses coups n'en n'ont pas moins été sensibles : elle nous a enlevé Heydenreich, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, que nous croyions assuré d'une longue existence, et dont les talents, les qualités aimables et solides laissent parmi nous tant de regrets, et un autre de nos plus éminents correspondants nationaux, Dezanneau (d'Angers), dont la réputation égalait le savoir et l'habileté chirurgicale.

Enfin, parmi nos correspondants étrangers, nous avons à regretter la perte de MM. Gardres (de Melbourne), Krassowski, et Zancarol (d'Alexandrie), dont vous aviez souvent à cette tribune entendu les intéressantes communications.

Ces deuils sont les seuls événements pénibles qui aient attristé le cours de l'exercice qui vient de se terminer. Vos séances ont été régulières, longues et bien remplies. Des discussions intéressantes et toujours courtoises, ont fixé l'état de nos connaissances sur un certain nombre de sujets depuis longtemps à l'étude et aussi sur plusieurs points tout nouveaux; de nombreuses communications, les présentations qui chaque année prennent une plus grande importance, vous ont apporté une riche moisson de faits bien observés et pleins d'intérêt, et malgré l'activité que nous avons pu déployer, il nous faut léguer à l'année qui va s'ouvrir une liste déjà longue de travaux qui n'ont encore pu trouver place dans nos ordres du jour.

Nous lui laissons encore un autre soin : celui de préparer l'installation nouvelle de notre Société. Celle que nous avons ne répond plus, ni à l'importance de la Société ni aux besoins de son existence scientifique; d'ailleurs notre bail touche à sa fin et il ne sera pas renouvelé.

Le dirai-je? Messieurs, ce n'est pas sans regrets que je lui vois quitter la salle où depuis Larrey, Guersant, Denonvilliers, Huguier, Gosselin, Chassaignac, tous nos maîtres ont successivement occupé le fauteuil de la présidence; cette salle dont les murs retentissent

encore de la voix de Richet, de Giraldès, de Broca, de Dolbeau, de Le Fort, de Verneuil surtout et de Trélat dont les qualités si différentes semblaient personnifier la Société de chirurgie. Je suis heureux et fier d'avoir pu leur succéder ici même, et grâce à votre confiance et à votre concours qui ne m'ont jamais fait défaut, d'avoir pu conserver, entretenir et transmettre à ceux qui me suivront les anciennes traditions qui sont en quelque sorte les titres de noblesse de notre Société.

N'oublions point, Messieurs, qu'elle fut la première, et pendant un grand nombre d'années la seule Société, la seule autorité chirurgicale qui existât en Europe ; qu'elle a précédé de plus de vingt ans la fondation des Sociétés allemande, américaine, russe, italienne auxquelles nous avons souhaité une sincère bienvenue, et celle de sa jeune sœur l'Association française de chirurgie qui s'est formée et développée à son ombre.

En remettant à mon sympathique et distingué successeur M. Pozzi le soin de la conduire jusqu'aux extrêmes limites du XIX[e] siècle, permettez moi de souhaiter à la Société de chirurgie, dans le nouveau cycle qui va s'ouvrir pour elle avec l'année prochaine, une existence aussi bien remplie, aussi fertile en résultats utiles que la carrière qui finira pour elle avec l'année 1899.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1898

par M. Paul Reynier, secrétaire annuel.

Messieurs,

La satisfaction du devoir accompli ne suffit pas à une Société comme la nôtre. Elle donne un exemple remarquable de travail. Peu de sociétés peuvent rivaliser avec elle sous ce rapport ; mais elle tient à ce qu'on le sache, et une fois par an elle charge un de ses membres d'emboucher la trompette qui doit proclamer ses haut faits. Le héraut choisi est le secrétaire annuel. Chargé de rédiger à chaque séance vos travaux, d'en corriger les épreuves, il est, pour cause, celui qui doit les connaître le mieux.

Toutefois, malgré toute l'admiration qu'il éprouve pour ses collègues, le secrétaire chercherait volontiers à se dérober à l'honneur qui lui échoit.

Chaque année, on vous a fait valoir que les travaux remarquables se recommandent par eux-mêmes, que la lecture seule de

la table des matières suffit largement pour qu'on ne doute pas de l'extrême vitalité de notre Société, qu'il est difficile en un temps limité d'analyser suffisamment le travail de toute une année, que ce compte rendu sera fatalement incomplet, enfin, qu'il serait avantageusement remplacé par un exposé scientifique d'une question à l'ordre du jour, etc., etc.

Toutes ces raisons sont excellentes, et doivent l'être, puisqu'elles viennent si régulièrement à l'esprit de tous vos secrétaires. Mais ici, comme partout en France, nous nous heurtons à l'usage. Il est difficile d'instituer quelque chose; il est plus difficile de le supprimer. Après moi, beaucoup de secrétaires, je l'espère pour la durée de notre Société, commenceront chaque année leur rapport par les mêmes doléances, et leurs successeurs continueront à être chargés de ce compte rendu, habitude dont, sans savoir exactement pourquoi, on ne saurait se passer.

Donc, chers collègues, puisque vous l'avez voulu, ne vous plaignez pas, et écoutez patiemment ce rapport, que votre secrétaire désire vous faire aussi consciencieusement que possible, sollicitant toutefois, avant de commencer, votre indulgence.

Je vous ai dit en débutant que notre Société était une de celles où on travaillait le plus ; je puis ajouter qu'elle est en progrès. Feuilletez, en effet, les anciens compte rendus, et comparez-les à ceux d'aujourd'hui, En 1872, 340 pages suffisaient. Aujourd'hui, le volume qui contient les travaux de votre année a un aspect plus imposant. Il nous faut 1,204 pages d'un format plus grand. Notre imprimeur seul peut s'en plaindre.

Dans ce gros volume, je ne relève pas moins de trente communications importantes faites par les membres de notre Société, et de quarante rapports longuement étudiés, qui montrent à ceux qui nous envoient leurs travaux quel cas nous en faisons et quel accueil empressé sont sûrs d'avoir auprès de nous tous les travailleurs.

Communications, rapports sont presque toujours suivis de discussions qui viennent compléter le travail présenté et souvent mettent en lumière un fait nouveau.

On pourra s'en rendre compte par l'exposé que je veux faire, et pour le plan duquel je passerai successivement en revue tous les organes sur la chirurgie desquels votre attention s'est portée plus particulièrement cette année.

Commençons par l'abdomen. A tout seigneur, tout honneur. Nous nous trouvons là sur le champ de bataille qui attire à l'heure actuelle presque tous les chirurgiens. Il n'est donc pas étonnant qu'il attire en premier votre rapporteur.

Tous les organes qui y sont contenus ont été l'objet de vos études.

C'est d'abord M. Chaput, qui nous parle du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. A la période aiguë, ce sont les hémorragies, les douleurs trop violentes qui forceront notre intervention. A la période chronique, les troubles de la digestion par le fait de sténose pylorique, d'adhérences, de transformation en tumeur maligne nous amèneront les malades. La gastroentérostomie, surtout à cette dernière période, peut faire disparaître les accidents. M. Chaput nous cite des observations probantes. MM. Hartmann, Tuffier nous présenteront plus tard, à l'appui de ces idées, des malades guéris par la gastroentérostomie de gastrosucchorée, voire même de borborygmes dus exceptionnellement, ainsi que le fait remarquer M. Peyrot, à des adhérences.

Enfin M. Schwartz nous apportera l'observation d'une linite hypertrophique, probablement suite d'un ulcère gastrique. La discussion qui s'élève entre lui, MM. Chaput, Tuffier montre les difficultés du diagnostic de cette affection, sur laquelle les histologistes ne sont pas encore fixés.

Mais de ces discussions ressort ce fait que, pour la gastroentérostomie, presque tous les procédés se valent. Cependant la gastroentérostomie postérieure paraît aujourd'hui rallier plus de partisans; pour M Chaput, elle éviterait les dangers du circulus.

Si un certain nombre de chirurgiens comme MM. Poirier et Quénu restent partisans de l'opération palliative, de la gastroentérostomie dans le cancer, à l'heure actuelle, l'opération radicale, la résection de l'estomac, quand elle est possible, que le cancer est encore limité, a de plus en plus de partisans.

MM. Ricard, Hartmann, Tuffier, Montprofit, Bousquet (de Clermont) nous apportent de belles observations de cette opération; et à leur propos s'engage une discussion pour savoir à quel procédé on doit avoir surtout recours.

Est-ce le procédé primitif de Billroth, abouchement direct du duodénum à l'estomac, procédé termino-latéral, ou celui de Kocher, fermeture de l'estomac, abouchement du duodénum sur un point éloigné des sutures, procédé termino-latéral, ou le procédé deuxième manière de Billroth, fermeture de l'estomac et du duodénum et gastroanastomose, procédé latéral, qu'il faut choisir? De la longue discussion qui s'élève sur ce point entre MM. Guinard, Chaput, Tuffier, Ricard, Hartmann, on arrive à conclure que chaque procédé a ses indications, dont on se rend compte au cours de l'opération.

Quoi qu'il en soit, cette discussion montre quels progrès a faits la chirurgie de l'estomac. L'avenir nous dira plus tard si l'opération

radicale doit, comme le croit M. Hartmann, assurer une survie plus longue, ou si MM. Quénu et Poirier ont raison de douter de ses résultats, et de préférer jusqu'à nouvel ordre l'opération palliative, la gastroentérostomie.

Toujours à propos de l'estomac nous trouvons encore un rapport de M. Ricard, sur une observation de gastrostomie présentée par M. Loison. Dans ce rapport, M. Ricard étudie les différents procédés de gastrostomie, et si MM. Lucas-Championnière et Routier restent satisfaits des résultats obtenus par les anciens procédés, M. Ricard pense qu'on doit avoir recours aujourd'hui aux procédés valvulaires, qui assurent plus la continence des bouches stomacales. Il vante le procédé de Fontan, et nous présente des malades continents opérés par ce procédé. D'autre part, nous entendons M. Tuffier nous parler avec éloge du procédé de Marwedel, et nous voyons une série de malades, qu'on nous présente en faveur de ces procédés valvulaires qui paraissent de plus en plus en faveur.

Au-dessous de l'estomac, nous trouvons le duodénum, qui depuis peu a ses entrées dans le domaine chirurgical. A plusieurs reprises on s'en occupe cette année dans notre Société. Les observations de MM. Rochard, Guinard, Loison, donnent à M. Schwartz l'occasion de nous faire un excellent rapport, vrai travail d'ensemble sur cette question. Il nous montre combien le diagnostic de cette affection est difficile; plus difficile encore est de rapporter les accidents péritonéaux, qui surviennent à la suite de la perforation de l'ulcère, à leur véritable cause. Cependant, combien cette question clinique mériterait d'être étudiée! En cas de perforation, la laparotomie immédiate doit être faite, mais que de revers! une guérison sur vingt-cinq cas! Et cela justifie les remarques que font MM. Routier, Michaux, Tuffier, qui viennent confirmer le rapport de M. Schwartz, et proposent, si l'ulcère du duodénum est reconnu à temps, la gastroentérostomie. C'est la même opération qu'a faite encore M. Routier pour un cancer duodénal, qui avait été pris pour un cancer du pylore. La gastroentérostomie a rétabli le cours des matières.

Malheureusement, l'estomac peut être tellement envahi par le cancer, que la gastroentérostomose devient impossible, ou tout au moins une opération mauvaise. C'est dans ces cas que, comme dernière ressource, on peut avoir recours à la jéjunostomie, opération faite en France par Surmay, et que M. Terrier, avec une belle observation personnelle, étudie complètement. Il en indique le manuel opératoire, et montre les ressources que cette opération peut donner pour l'alimentation. Mais là encore, pour nourrir par cette voie le malade, il y a un *modus faciendi* sur lequel insistent

MM. Terrier, Peyrot, Guinard, qui apportent chacun des observations personnelles de jéjunostomie.

La chirurgie abdominale nous fournit encore un long rapport de M. Routier, sur un travail de M. Delbet, sur la torsion du mésentère; ce rapport est suivi d'une discussion, qui permet à MM. Kirmisson, Reynier, Monod, d'en apporter quatre observations personnelles.

Les blessures de l'intestin grêle à la suite de contusion sont étudiées par M. Chauvel dans un long rapport qu'il fait sur un travail de M. Dubujadoux. Ce rapport devient l'occasion d'une discussion où interviennent MM. Hartmann, Michaux, Reclus, Schwartz, Quénu, les uns, comme MM. Guinard et Quénu, discutant le mécanisme des lésions intestinales à la suite de coups de pieds de cheval; les autres, comme M. Hartmann, cherchant dans le symptôme déjà bien connu de la contracture de la paroi une indication d'intervention rapide, que MM. Broca, Potherat défendent. Mais MM. Schwartz, Reclus, Michaux montrent combien cette contracture, symptôme grave, n'est cependant pas un signe de certitude. Des malades ont guéri sans intervention, qui l'avaient présenté. MM. Delorme, Nimier en citent, et s'appuyant sur ces faits, rejettent la laparotomie immédiate et demandent que l'intervention soit justifiée par un ensemble de symptômes.

Nous arrivons enfin au gros intestin. L'appendicite est une maladie à répétition; et on s'en aperçoit à la répétition des discussions à son sujet. Cette année, à plusieurs reprises, elle a occupé notre Société.

Tout d'abord, c'est à propos d'erreurs de diagnostic, d'ailleurs inévitables : tel est le cas de M. Guinard et de M. Hartmann, où des phénomènes d'occlusion intestinale qu'on avait mis sur le compte d'une appendicite étaient dans un cas dus à un étranglement par un diverticule de Meckel, et dans l'autre à un étranglement par persistance du canal omphalo-mésentérique.

C'est M. Lejars qui insistera encore plus sur les difficultés de ce diagnostic avec la péritonite tuberculeuse, qui peut débuter par des phénomènes d'occlusion simulant une crise d'appendicite; et immédiatement nous voyons MM. Routier, Poirier, Bousquet, Potherat, Schwartz, Quénu, Brun, Nimier, Broca, Tuffier, Walther, apporter leurs observations personnelles à la discussion. Mais ce n'est pas seulement avec la tuberculose péritonéale que l'appendicite peut être méconnue, mais avec toute perforation; et c'est ainsi qu'à propos d'une observation de M. Kirmisson, de péritonite par perforation intestinale, l'appendicite est encore mise en cause. La discussion repart encore à propos des relations

de l'appendicite avec les salpingites, et du diagnostic difficile de ces deux affections, sur lequel insiste M. Quénu.

Le traitement de l'appendicite est enfin étudié dans une longue communication de M. Poirier, qui devient le départ d'une discussion qui ne finit pas en 1898 et qui repart en 1899, avec quinze orateurs inscrits.

Je passe sur une série de présentations plus ou moins variées d'appendices, présentations faites par MM. Jalaguier, Quénu, Routier.

Un travail de M. Gellé, membre correspondant, étudie ensuite la perforation du cæcum ; et nous arrivons enfin, pour terminer ce qui touche à l'intestin, à la longue communication de M. Quénu sur le traitement opératoire du cancer du côlon pelvien et du rectum. Il étudie l'anatomie pathologique de ce cancer et montre qu'en l'abordant par la voie abdominale, en faisant l'anus contre nature préalable, la ligature des artères hypogastriques, on peut réaliser une extirpation plus complète que par n'importe quelle autre méthode. Nous avons encore à noter dans l'abdomen tout ce qui a trait à la chirurgie du foie, et là encore les travaux sont nombreux.

M. Beckel, enfin, nous envoie un travail sur la sigmoïdorectotomie dans la cure de l'anus sacré; c'est-à-dire l'anastomose de l'anse sigmoïde avec la partie inférieure du rectum, opération exceptionnelle qui ne peut se réaliser que si la partie inférieure du rectum n'est pas lésée.

M. Lafourcade nous envoie une observation intéressante de cholerrhagie mortelle après ouverture d'abcès du foie. M. Richelot fait un rapport sur ce cas, qui est suivi des communications importantes de M. Potherat sur la cholerrhagie à la suite des ouvertures des abcès du foie, de MM. Walther et Fontan sur le traitement opératoire des abcès du foie et les résultats de l'intervention, de MM. Picqué, Marchant (Gérard) sur les difficultés du diagnostic, de M. Nimier sur les heureux résultats de la saignée du foie dans les hépatiques paludéennes.

Nous trouvons encore, à propos de la lithiase, une communication de M. Quénu sur la cholédocotomie ; dans cette communication, il nous fait ressortir les avantages du drainage sans suture, après l'incision du cholédoque et l'ablation du calcul. C'est la même conduite que M. Routier nous dit suivre avec le même succès, tandis que M. Michaux et M. Schwartz considèrent que, quand la suture est possible, quand la bile est aseptique, il vaut mieux faire la suture, qui peut amener plus rapidement la guérison. Incidemment M. Ricard appelle l'attention sur les hémorragies redoutables en présence desquelles on peut se trouver dans ces interventions sur les voies biliaires.

Les voies génito-urinaires nous ont fourni cette année plusieurs occasions de discussions intéressantes.

C'est d'abord un travail de M. Pousson, qui attire l'attention de la Société sur ces hématuries rénales, désignées autrefois sous le nom d'essentielles, et que nos interventions de plus en plus faciles nous montrent liées à des lésions rénales ne s'affirmant que par ce symptôme. Si dans les cas de MM. Pousson, Poirier, Monod, nous nous trouvons en présence de néphrites interstitielles, dans ceux de MM. Routier, G. Marchant, Nimier, Reynier, ce sont des lésions tuberculeuses qui ont amené ces hématuries. On comprend que, suivant les cas, les orateurs se sont montrés plus ou moins partisans de la néphrotomie ou de la néphrectomie.

Le rapport de M. Tuffier sur une observation de M. Loison nous montre encore que certaines urohématonéphroses sont, comme l'a indiqué M. Bazy, dues à une distension exagérée du bassinet, qui saigne, comme la vessie saigne, quand elle est trop distendue.

Nous devons encore à M. Bazy une communication sur la néphrotomie précoce dans les pyonéphroses. Il nous montre que dans ces cas l'opération est plus bénigne et donne des résultats meilleurs que si on intervenait trop tardivement.

Signalons encore les présentations de calculs rénaux faites par MM. Reynier, Delbet, Routier et le rapport de M. Tuffier sur une pièce de calcul, présenté par M. Bégouin et montrant l'origine microbienne de certains calculs.

Sur l'uretère, nous avons eu un travail de MM. Reynier et Paulesco, qui sur les chiens ont réussi à faire une suture de l'uretère sectionné, au moyen d'un nouveau procédé de sutures qu'ils font connaître.

Arrivons maintenant à la vessie. Là, nous trouvons une communication de M. Bazy, qui nous vante dans les cystites les bons effets des injections d'huile de vaseline iodoformée, que le malade garde d'une façon permanente. Déjà M. Pousson, ainsi qu'il nous le dit, avait utilisé ces injections, d'après la méthode de Frey, mais peut-être s'était-il moins appliqué que M. Bazy à recommander aux malades, de ne pas vider complètement leur vessie, de manière à conserver cette huile, qui ne s'écoule qu'en dernier, et qui constitue un véritable pansement permanent.

Nous avons encore à parler d'une communication très intéressante de M. Nélaton, sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales, communication dans laquelle il insiste tout particulièrement sur la nécessité de se donner un vaste champ opératoire, en débridant largement la vulve d'après le procédé de M Chaput, de faire, d'après le conseil de M. Ricard, le décolle-

ment vésico-utérin, et enfin d'employer les sutures au catgut de préférence.

Enfin, deux rapports, l'un de M. Bazy sur le cysto-drainage, qu'il condamne avec M. Reynier, à moins de nécessité absolue, dans les rétentions d'urine chez les rétrécis, et l'autre de M. Picqué sur la valeur des tailles hypogastrique et vaginale pour l'ablation des corps étrangers de la vessie, closent la liste des travaux que nous avons relevés sur la région vésicale.

Les organes génitaux de l'homme ont été étudiés par M. Reynier, qui, sur une observation de M. Beurnier, étudie le traitement de la tuberculose testiculaire. Une discussion est en cours sur ce sujet.

Une très belle observation de M. Chevassus sur un tératome du testicule nettement intra-albuginé donne à M. Picqué l'occasion d'un long rapport très étudié sur ces cas curieux. Il nous montre que la pièce de M. Chevassus, bien étudiée histologiquement par M. Cornil, vient à l'appui de la théorie encore discutée de l'inclusion intra-abdominale de ces tumeurs et pourrait, n'était pour un fait personnel la protestation de M. Broca, être regardée comme une observation princeps.

Nous arrivons maintenant aux organes génitaux de la femme. Là, nous trouvons comme toujours de nombreuses communications suivies de discussions très fournies, où le nombre des orateurs inscrits montre l'intérêt que tant de chirurgiens prennent aujourd'hui à la gynécologie.

Une opération de M. Buffet pour fibrome sphacélé de l'utérus est l'occasion d'un rapport de M. Lejars, suivi d'une discussion à laquelle prennent part MM. Tuffier, Potherat, Quénu, Pozzi, Ricard, Bouilly, montrant les dangers de septicémie à la suite du sphacèle de ces fibromes, et la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible. Mais, si dans quelques cas l'ablation du fibrome avec curettage, comme le conseille M. Pozzi, et cautérisation à la créosote, peut suffire, il a fallu, comme le conseille M. Potherat, faire l'hystérectomie vaginale, opération très laborieuse à cause de la friabilité des tissus sphacélés qu'on enlève, ainsi que le fait remarquer M. Bouilly, qui, dans deux cas, a dû recourir à la voie abdominale. MM. Bousquet et Reboul nous envoient, pour compléter cette discussion, deux observations personnelles de fibrome sphacélé dans lesquelles ils ont dû intervenir, l'un avec succès, l'autre avec un décès.

M. Quénu nous lit ensuite un long travail défendant l'hystérectomie vaginale comme opération de choix pour tout fibrome qui ne dépasserait pas une ligne située à trois travers de doigt de l'ombilic. M. Segond croit que cette limite peut être encore exhaussée, et rend justiciable de la voie vaginale tout fibrome

s'élevant jusqu'à l'ombilic. M. Potherat partage sa manière de voir, tandis que M. Routier, tout en reconnaissant la valeur de l'hystérectomie vaginale, croit que ce n'est pas la limite plus ou moins élevée du fibrome, mais ses complications, adhérences, suppurations, qui doivent faire donner la préférence à la voie vaginale ou à la voie abdominale. MM. Reynier et Poirier, partisans, pour les fibromes moyens, de l'hystérectomie vaginale, croient que les orateurs qui les précèdent exagèrent les facilités de la voie vaginale, et ne cachent pas leur préférence pour la voie abdominale, pour peu que le fibrome leur paraisse un peu trop volumineux. Chaque orateur défend de plus sa manière de procéder dans l'hystérectomie vaginale.

Une communication de M. Monod, sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale, est l'occasion d'une série de communications de quatorze membres de la Société. MM. Routier, Lucas-Championnière, Reynier, Quénu, Ricard, Michaux, Schwartz, Richelot, Le Dentu, Hartmann, Potherat, Tuffier, Chaput viennent à ce propos nous donner leurs observations, et, à la fin de la discussion, ainsi que M. Monod le constate, tout le monde est à peu près d'accord. L'incision vaginale peut, dans quelques cas, lorsque la lésion est unilatérale, être utile, guérir en conservant la fonction; toutefois, quelque procédé qu'on utilise, on ne peut jamais affirmer qu'elle sera sûrement curative et ne nécessitera pas une intervention ultérieure. Dans ces conditions, les gynécologistes sont plus ou moins portés à recourir à cette opération.

Pour le cancer de l'utérus inopérable, MM. Hartmann et Fredet se montrent partisans de la ligature atrophiante des artères de l'organe et nous donnent leur technique opératoire.

Le cancer est-il opérable? M. Quénu montre les avantages de l'hystérectomie abdominale, qui permet de disséquer l'uretère et de faire une ablation plus complète; c'est ce qu'a fait M. Michaux de son côté. Quelques mois plus tard, nous entendrons M. Picqué, à propos d'observations de M. Mauclaire, nous lire un rapport très étendu sur l'historique de cette opération dans le cancer et sur ses résultats. Ce rapport soulèvera une discussion qui commencera prochainement et pour laquelle plusieurs orateurs sont inscrits.

Quittons maintenant sans trop de regrets l'abdomen et ses annexes pour nous occuper de la chirurgie de la face, du crâne et des membres, où nous trouvons un nombre respectable de communications et discussions intéressantes.

A plusieurs reprises, la question si obscure encore du traitement du tétanos a été mise sur le tapis.

M. Quénu nous présente un malade guéri par l'amputation et les injections antitétaniques. Chez ce malade, les contractures ont persisté après guérison. MM. Quénu, Potherat, Poirier, Tuffier montrent à ce propos que la persistance de ces contractures n'est pas un fait isolé et qu'il est assez fréquent après la guérison du tétanos.

Mais quelle est la valeur curative de ces injections antitétaniques? Doit-on leur attribuer la guérison du malade de M. Quénu? Cela serait trop beau. De la discussion qui s'engage entre MM. Tuffier, Lucas-Championnière, Poirier, Bazy, Potherat, Berger, des faits qui nous sont apportés par M. Bousquet, il ressort que ces injections n'ont guère de valeur curative lorsque le tétanos est confirmé.

C'est surtout une valeur préventive qu'on doit leur attribuer. M. Bazy, qui depuis longtemps pratique préventivement les injections de sérum antitétanique, croit que c'est à cette pratique qu'il doit la disparition du tétanos de ses salles.

Mais M. Ricard jette un peu le doute dans les esprits en faisant remarquer qu'il a succédé à M. Bazy dans le service où il avait, avant ces injections, tant de tétanos. Il ne fait plus d'injections préventives, et cependant il n'a pas vu survenir de cas de tétanos. Un cas de M. Remy, un autre de M. Reclus, où les injections préventives n'ont pas empêché le tétanos de se déclarer, montrent que ces injections, peut-être parce qu'elles ont été faites trop tard, ne donnent pas cependant une sécurité absolue.

Devant l'insuffisance de l'injection sous-cutanée, M. Borrel a préconisé les injections intracérébrales, le tétanos confirmé. C'est sur la valeur de ces injections que l'attention de la Société est attirée à la suite d'une communication de M. François Hue.

Si MM. Lucas Championnière, Villon nous apportent trois guérisons à la suite de ces injections, par contre, MM. François Hue, Quénu, Lucas-Championnière, Reclus, Chaput, Richelot nous font connaître 11 cas d'insuccès.

Est-ce parce que dans le premier cas, comme le croit M. Lucas-Championnière, on a eu affaire à un tétanos chronique, et dans les autres à du tétanos aigu? Il est difficile à l'heure actuelle de se prononcer, nos connaissances cliniques sur le tétanos ayant, ainsi que le font remarquer MM. Peyrot et Nélaton, peut-être besoin d'être complétées.

C'est là ce qui ressort de plus net de cette discussion, et avec MM. Richelot, Lucas-Championnière, on peut conclure que malgré les insuccès, on ne doit pas se décourager dans cette voie où quelques beaux succès nous poussent.

MM. Gérard Marchant et Guinard nous ont présenté deux ma-

lades guéris de névralgie faciale par l'extirpation du ganglion de Gasser. Par contre, M. Poirier nous cite un cas de mort à la suite de cette opération, et M. Schwartz un insuccès thérapeutique.

Aussi, lorsque M. Guinard vient nous lire un travail très documenté sur le traitement chirurgical de la névralgie faciale, approuve-t-on unanimement ses conclusions fort sages. Étant donnés les résultats variables des différentes opérations proposées contre la névralgie faciale, il est logique, dit M. Guinard, de commencer toujours par les opérations les plus simples, telles que les sections de nerfs, ou résection du rebord alvéolaire des mâchoires. C'est après insuccès de ces interventions qu'on doit avoir recours à la résection du ganglion sphéno-palatin, et en dernier à celle du ganglion de Gasser, opération possible, mais toujours grave. La technique opératoire de ces dernières opérations, déjà bien étudiée par M. Guinard, qui vante l'opération de Lossen-Braun, Segond, pour l'extirpation du ganglion sphéno-palatin, celle de Poirier pour l'extirpation du ganglion de Gasser, est reprise par M. Potherat. Il donne sa technique personnelle, et, par quelques détails, complète le procédé de Segond pour l'extirpation du ganglion sphéno-palatin.

MM. Reynier et Reclus citent enfin des guérisons obtenues par la résection du bord alvéolaire, opération qui, pour M. Reynier, serait surtout efficace dans la névralgie des édentés.

A propos d'une observation d'intervention pour abcès cérébelleux de M. Gaudier (de Lille), M. Picqué, dans un long rapport, nous fait connaître le résultat de ses recherches personnelles, faites avec M. Mauclaire sur cette question.

Dans ce travail très complet, il étudie l'anatomie pathologique, la clinique, et enfin le traitement de cet abcès. Pour lui, la voie mastoïdienne supérieure, défoncement de l'antre et de la paroi de la caisse, est insuffisante pour aborder ces abcès; la voie occipitale, meilleure, ne lui paraît pas encore offrir assez de jour, et il propose d'aborder ces abcès par une large brèche occipitale, dont il a donné le manuel opératoire au Congrès de chirurgie. Ces conclusions ne sont pas celles de M. Broca, qui, contre M. Picqué, se fait le défenseur de la voie mastoïdienne. Mais il ne peut convaincre ni M. Picqué, ni M. Reynier, qui croient que leur divergence de manière de voir avec M. Broca tient à ce que celui-ci a plus souvent occasion d'opérer des enfants que des adultes, et que les conditions opératoires sont différentes, si on tient compte de l'âge.

Nous avons encore à signaler pour la face le rapport intéressant de M. Delens, sur l'opération nouvelle que préconise M. Motais pour le ptosis, et qui consiste dans la greffe tarsienne d'une languette du droit supérieur; une communication pratique de M. Fé-

lizet sur les corps étrangers des narines. Il recommande, pour les expulser, une injection d'eau poussée par la narine qui n'est pas obstruée. Sous la pression de cette injection, qui ressort d'arrière en avant par l'autre narine, le corps étranger est chassé.

Au cou, le traitement chirurgical du goitre exophtalmique vous a de nouveau préoccupés.

Mais ce n'est plus des opérations qui portent directement sur le goitre qu'on vous parle cette année. Découragés par les insuccès et les dangers de ces opérations, on tend de plus en plus à agir par la section ou la résection du grand sympathique sur les phénomènes observés. Mais là encore bien des déceptions vous attendent, et le plus souvent on est obligé de se contenter d'une amélioration plus ou moins sensible.

M. Schwartz vous a présenté une malade qui, ayant subi la résection des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique, est améliorée. Il en est de même d'une autre malade présentée par M. Faure, et qui fournit à M. Gérard Marchant l'occasion d'un rapport dans lequel il nous fait connaître sa pratique personnelle et les résultats obtenus jusqu'à présent.

Sur trente-sept cas, il relève huit guérisons, vingt-quatre améliorations. Tel est le bilan de cette opération, bilan qui lui permet de conclure que la résection du grand sympathique « reste une ressource précieuse en cas d'insuccès de la thérapeutique médicale ».

Citons encore au cou une observation qui paraît très rare, si elle n'est pas unique, de M. Heurtaux, sur un fibrome volumineux du cou d'origine congénitale, et dont le point de départ paraît être l'enveloppe fibreuse du rachis; et un rapport de M. Jalaguier sur une observation de M. Delagenière, de fistule congénitale.

Pour la chirurgie des membres, nous relevons, au membre supérieur :

Une communication de M. Reynier sur la luxation sus-épineuse de l'extrémité externe de la clavicule, dont il rappelle les symptômes et le mécanisme, qu'il a décrits autrefois, et pour laquelle aujourd'hui il préconise avec M. Poirier la suture osseuse après réduction;

Un travail de M. Moty sur la luxation du pouce, pour laquelle il préconise la flexion et la pronation avec propulsion de la phalange avec les deux pouces.

Une observation de M. Delagenière, d'arthrotomie pour luxation ancienne irréductible de l'épaule devient, à la suite d'un rapport de M. Nélaton, l'origine d'une longue discussion sur le traitement de ces luxations irréductibles.

Pour M. Nélaton, la luxation est-elle primitivement irréductible, l'arthrotomie doit être préconisée; la luxation est-elle d'ancienne

date, la résection devient l'opération de choix, mais encore faut-il que les malades souffrent, n'aient pas de mobilité. Autrement, il vaut mieux s'abstenir. Par l'exercice et le massage, cette mobilité peut augmenter ; et bien que la luxation ne soit pas réduite, le membre rendra plus de service qu'après une résection.

La discussion qui suit nous montre que, si MM. Berger et Lucas-Championnière avec M. Nélaton préfèrent la résection à l'arthrotomie pour les luxations anciennes et si M. Ricard défend plus l'arthrotomie, si M. Hennequin rappelle avec raison qu'on a pu, sans intervention, réduire des luxations très anciennes, cependant, résection, arthrotomie, réduction ne donnent pas mieux pour les fonctions que ne donneraient le massage et la mobilisation, sans toucher à la luxation. C'est sur cette constatation de M. Nélaton que la discussion se clôt.

A la question des luxations anciennes s'est jointe occurremment celle des luxations récidivantes, dont l'anatomie pathologique et la pathogénie sont étudiées par MM. Tuffier et Chaput. Tandis que le premier pense que la résection est rarement indiquée dans ces cas, le second s'en montre au contraire partisan en cas de déformations trop accentuées des surfaces osseuses.

Au membre inférieur, nous avons à signaler des présentations de radiographie par M. Brun d'une affection nouvellement étudiée de coxa-vara, incurvation anormale du col du fémur, sur laquelle M. Kirmisson attire particulièrement l'attention. Des présentations de malades et de radiographies par M. Lejars confirment les beaux résultats obtenus par la suture de la rotule.

Nous avons enfin un rapport de M. Kirmisson, sur une observation de M. Faure de pied bot valgus par contracture des péroniers à la suite de fractures bimalléolaires et cunéiformes du pied qui attirent l'attention de la Société sur le meilleur traitement de ces déviations consécutives aux fractures. Tandis que MM. Kirmisson, Quénu, Picqué se montrent partisans de la résection tibio-tarsienne, MM. Poirier, Schwartz, Reynier, Lucas-Championnière, s'attachant surtout à remettre le pied dans l'axe de la jambe, se montrent satisfaits des résultats des ostéotomies

M. Schwartz tout d'abord, par une remarquable observation, M. Le Dentu ensuite, dans un travail très documenté, nous parlent de ces hydrocèles calleuses, de ces lymphoscrotums, de ces adénolymphocèles, produites par la filaire. Ils conseillent tous les deux l'extirpation des tumeurs, et sont opposés à la pratique que M. Tillaux, d'après les médecins du pays, expose, et qui consiste à faire, en cas de lymphoscrotum, la large résection du scrotum, et de refouler tout le paquet lymphatique dans le ventre.

C'est cette excision que M. Robert a faite, et son observation vient à l'appui des propositions de MM. Le Dentu, Ausein.

Une belle observation de M. Th. Anger, de fibro adénome volumineux, attire l'attention de la Société sur ces tumeurs qui se développent lentement et peuvent prendre de grandes proportions. MM. Routier, Quénu en citent des exemples remarquables.

M. Delorme nous parle de la chirurgie du péricarde, en proposant contre la symphyse cardo-péricardique une opération dont il a étudié la technique opératoire sur le cadavre, mais qu'il n'a pu encore faire sur le vivant. Les faits que M. Terrier cite d'intervention péricardique montrent que cette chirurgie, qui aurait tant effrayé nos anciens, est cependant rationnelle et peut rendre de grands secours.

Le traitement des brûlures est mis en discussion, à la suite d'un rapport de M. Walther sur un cas d'intoxication par l'acide picrique présenté par M. Latouche. MM. Hartmann, Lucas-Championnière, Tuffier, Berger prennent violemment à partie ce traitement, qu'ils trouvent douloureux, et qui ne leur semble offrir aucun avantage. Chez les enfants, M. Walther, MM. Brun, Félizet, Potherat le déconseillent car ils ont observé, eux aussi, des cas d'intoxications; seuls MM. Michaux, Reynier font remarquer que, chez les adultes tout au moins, l'acide picrique ne leur paraît pas aussi dangereux que le disent tous leurs collègues, et que dans les brûlures du 2e degré, il peut rendre des services.

Signalons encore une discussion sur deux cas d'adéno-lipome, et de lipomatose diffuse présentés par MM. Tuffier et Lejars.

C'est pour M. Delbet l'occasion de nous exposer comment il comprend la pathogénie de ces tumeurs. Pour lui, les lipomes sont d'origine inflammatoire, ou succèdent à des angiomes.

MM. Hartmann et Quénu combattent cette manière de voir; pour eux, les masses grasses autour des organes enflammés n'ont pas la consistance du lipome, et pour les lipomes diffus il vaut mieux avouer son ignorance que de faire une théorie plus ou moins discutable.

Terminons enfin cette longue énumération fastidieuse en vous parlant de cette discussion si longue, si interminable, qu'a soulevée le travail de M. Picqué sur les psychoses post-opératoires. Dix-neuf membres ont pris successivement la parole; et ceci indique tout l'intérêt que la Société portait à cette question. Et cependant je vous demande de résumer rapidement cette discussion. Car, arrivé au bout, on s'aperçoit que les dix-neuf membres sont tous d'accord, et que de toutes les communications jaillit cette vérité que l'acte opératoire ne crée pas de toutes pièces la folie, comme on a voulu le dire.

Les accidents n'arrivent qu'à des prédisposés, chez lesquels l'infection, l'émotion morale, les troubles des sécrétions peuvent faire éclater des désordres mentaux. Chez les fous, l'acte opératoire n'augmente pas leur folie, il peut même, dans quelques cas, dit M. Picqué, avoir une action bienfaisante.

Tel est, Messieurs, le bilan de notre Société pour 1898.

Nous pouvons en être fiers à juste titre, car peu de sociétés auraient été capables, en soulevant un si grand nombre de questions intéressantes, de fournir à leurs membres un aussi vaste champ de discussion.

Aussi avec quelle ardeur voyons-nous tous nos collègues, et particulièrement les plus jeunes d'entre nous, entrer dans la lutte !

Une question n'est pas plutôt soulevée que vous avez vu, dix, quinze, dix-neuf membres s'inscrire et se préparer à combattre pour le soutien de leur opinion, avec une impétuosité, dont parfois nos vieilles sœurs ainées, l'Académie et l'Institut, ont lieu de s'étonner.

Du choc de tant d'idées la lumière tôt ou tard doit jaillir.

Heureux si notre Société, à la fin de l'année, en jetant un regard en arrière, peut se dire que ses labeurs ont été couronnés de succès, et que la science dont elle s'est faite la fidèle servante a pu, grâce à elle, gravir un nouvel échelon, et poser une nouvelle pierre.

ÉLOGE DE RENÉ MARJOLIN

(1812-1895)

Par le Dr PAUL RECLUS

Secrétaire général

MESSIEURS,

Le prophète Isaïe s'indigne qu'un juste puisse mourir sans qu'on y prenne garde et qu'un tel foyer de lumière s'éteigne dans la cité, sans que le peuple en deuil salue sa disparition de ses regrets et de ses douleurs. J'ose dire que René Marjolin fut ce juste dont le souvenir doit être conservé ; d'autres ont mené plus de bruit dans le monde, mais nul n'ouvrit autant son cœur à la souffrance humaine et sa vie fut une lutte sans trêve contre la misère,

les maladies et le crime. Son âme rare a été plus grande encore par son amour infini du pauvre que par son mépris de la mort aux heures tragiques de la guerre civile et ce fut vraiment un héros du bien.

Sa famille appartenait à cette aristocratie de l'honnêteté, la seule devant laquelle nous nous inclinions encore. Son grand-père maternel était un élève de Chopart et de Dessault, René Duval, qui passa sa thèse en 1786 et fut le dernier survivant de l'ancienne Académie royale de chirurgie ; la légende faisait de lui un des vainqueurs de la Bastille, tandis qu'au contraire, royaliste ardent, il avait tenté de sauver des fureurs du peuple le gouverneur, de Launay : le malheureux traversa sa maison de la place des Vosges pour s'enfuir par une ruelle, mais il fut reconnu et massacré. Après la Révolution, Duval se spécialisa dans le traitement des affections de la bouche et publia, sur ce sujet, des ouvrages fort appréciés. Il mourut, presque centenaire, en 1854. Son petit-fils, qui était aussi son filleul, vécut donc près de quarante années avec lui ; ils se voyaient chaque jour et, quand ils étaient loin l'un de l'autre, ils s'écrivaient constamment. On prévoit l'influence qu'eut, sur l'âme et l'esprit de René Marjolin, ce vieillard savant, lettré, bon et d'un rare esprit de justice.

Du côté paternel, la race n'était pas moins saine. Le grand-père meurt en 1780, en sauvant de l'asphyxie des ouvriers tombés au fond d'une citerne ; il y descend, en remonte deux sur ses épaules, redescend et se charge du troisième ; l'échelle rompt et il est tué du coup ; il laissait une jeune femme et un fils de neuf mois qui devait être le père de René, ce grand Marjolin dont la vie fut vraiment magnifique. A seize ans, il est clerc de notaire, puis soldat ; à vingt, ans il choisit une troisième carrière : il vient étudier la médecine à Paris, où, faute d'habits convenables, il use son uniforme de dragon et, faute d'argent, loge au sixième, dans un réduit à trois sous par jour. Mais cette misère fut courte : bientôt, il fut interne, il entra à l'Ecole pratique, il en mérita les premiers prix, et, en cet honneur, le ministre l'invitait à un dîner qu'empêcha l'arrivée inattendue du premier consul.

Désormais Marjolin n'eut qu'à suivre la voie triomphale ; avec Bichat, Roux, Magendie, Laënnec, il fut un des grands fondateurs de notre enseignement libre. Son cours était pris d'assaut ; on se battait pour conquérir une place dans son amphithéâtre. En 1812, l'année de la naissance de son fils, il concourait avec Roux et Dupuytren pour la chaire de médecine opératoire, libre par la mort de Sabatier ; Dupuytren fut élu, mais Marjolin le serra de si près, que la première place vacante lui fut tacitement destinée, et

de fait, en 1816, il était chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu et en 1818, succédait à Richerand comme professeur de pathologie externe. Pendant trente ans, il fut le maître le plus écouté, le praticien le plus occupé. Seuls, peut-être, Dupuytren et Nélaton eurent, dans ce siècle-ci, pareille clientèle et il sema la France et le monde de ses élèves reconnaissants. Nous ne le louerons pas de son courage professionnel : les médecins, comme les militaires, affrontent, sans même y songer, le genre de mort qu'ils cotoient chaque jour. Cependant, il eut plus que sa part de danger : en 1809, il contracta la fièvre putride auprès de ses malades; en 1814, pendant l'occupation de Paris, on lui confia les typhiques accumulés à la Salpêtrière; il resta plusieurs mois sur la brèche où succombèrent la plupart de ses aides; enfin, en 1832, lors de la première épidémie de choléra, il déploya la même activité et le même dévouement.

Il ne plia jamais ses convictions à ses intérêts : il vota « non » pour le consulat à vie, et répondit au doyen Thouret qui insistait sur la gravité d'un tel acte : « Telle est ma conviction et je ne suis pas libre de la modifier. » Pendant l'invasion, dont il porta le deuil, il ne fraya pas avec les médecins ennemis et lorsque Louis XVIII voulut, pour le lui offrir, enlever à Larrey le titre de chirurgien en chef de la garde royale, il refusa dédaigneusement. Sa droiture était telle que lorsque, vers 1850, les triumvirs de la jeune école, Follin, Verneuil et Broca, dressaient leur ambitieux programme, ils aspiraient à être anatomistes comme Gerdy, opérateurs comme Lisfranc, cliniciens comme Velpeau, écrivains comme Bérard et, ajoutaient-ils, sincères comme Marjolin. Ces qualités morales du père devaient se retrouver chez le fils; et même avec un relief particulier : elles furent tout chez lui, sa raison d'être et comme sa vie.

René Marjolin naquit le 4 juin 1812, dans la rue Vielle-du-Temple, à Paris. Pour nous, qui sommes d'un coin béni de la province, l'enfance est invinciblement liée dans notre esprit à l'idée de campagne ; nous ne la comprenons qu'aux pieds de quelques Alpes, au bord d'un Gave ou près de la mer ; le pays natal, c'est la nature libre, les larges espaces, les bois, les ruisseaux, les oiseaux et les fleurs. Nous seuls comprenons le mot charmant d' « école buissonnière » et nous plaignons ceux dont des murs bornèrent le jeune horizon. Cependant, ils ont aussi leurs souvenirs les vrais Parisiens de Paris, nés à l'ombre de cet ancien Hôtel de ville où battit si souvent le cœur même de la patrie, dans cette rue Vieille-du-Temple, si vivante lorsque René vint au monde, et superbe encore dans le cadre somptueux de ses palais où chaque pierre est marquée par l'histoire. Que de

visions l'enfant dut évoquer sous ces porches hautains, dans ces larges cours sombres, à l'entrée de l'étroit passage où périt le duc d'Orléans; que de rêves il put suspendre aux fenêtres gothiques, aux murs écussonnés, aux cadrans solaires de l'ambassade de Hollande, aux briques roses de l'Hôtel de Rohan, à ces exquises sculptures de la tourelle Barbette. Mais ces sensations, vives ou confuses, le jeune René ne les exprimait guère : sa jeunesse fut silencieuse et même un peu comprimée par la gravité de sa mère, femme de devoir et de dévouement, mais qui tint son fils sous une étroite tutelle. Elle mourut, en 1885, à quatre-vingt-quinze ans et René Marjolin, alors plus que septuagénaire, comptait encore avec ses volontés.

René entra à l'institution Massin et suivit les cours du collège Charlemagne; il y fit de bonnes études et en sortit pour prendre ses inscriptions à la Faculté de médecine; il avait alors dix-huit ans et ses débuts dans la carrière furent rudes : le jeune bénévole était à Beaujon, dans le service de son père, lorsque le peuple de Paris renversa Charles X. Ce spectacle de la guerre civile, que le destin ne devrait infliger qu'une fois au même homme, ou mieux, l'épargner à tous, il le revit aux journées de Juin, au coup d'État et pendant la Commune. Ses émotions des « trois glorieuses » étaient à peine dissipées que le choléra plonge Paris dans l'épouvante. La guerre civile et la peste, ce fut là son initiation. Y découvrit-il « le sens de la vie »? Toujours est-il que, dans son indignation devant les cruautés et les douleurs, devant le mal que font, et l'homme et le destin, il se rangea dès lors à côté du pauvre, avec les malheureux et les déshérités.

Ses études médicales furent solides : Dupuytren le prit comme externe : en accordant ce rare privilège au fils, il montrait en quelle estime il tenait le père. Les rapports entre ces deux maîtres n'avaient pas été toujours excellents. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu avait bien accueilli Marjolin qui fut, à ses débuts, prosecteur sous ses ordres, et le concours de 1812, où le maître et l'élève luttent pour la même place, ne laissa derrière lui, ni rancune ni plaie d'amour-propre. Mais on sait le malheureux caractère de Dupuytren; malgré tous les honneurs, malgré tous les succès, au faîte où il dominait seul, il vivait mordu par la jalousie; le premier rang lui était dû et il ne souffrait personne au second; dès qu'un caractère ou un talent s'affirmait, il redoutait en lui un successeur où un rival. Gilbert de Savigny avait attribué à Laënnec une découverte revendiquée par Dupuytren : Marjolin prit la défense de Gilbert, son compagnon de l'École pratique, et l'ami de toute sa vie. Dupuytren supporta mal cette indépendance et l'amitié se relâcha sans toutefois être rompue.

L'appel du jeune René dans le service du grand homme fut le gage de la réconciliation. En 1834, l'externe devenait interne, le dix-huitième sur une liste où se lisait le nom de Laborie, de Vigla et qu'ouvrait celui de Barthez.

Tout en préparant son concours du Bureau central, René Marjolin fit plusieurs voyages d'étude. Il visite l'Angleterre où il reçoit un charmant accueil; le nom de son père avait franchi le détroit et Astley Cooper, Lawrence, Charles Bell, Syme, Benjamin Brodie se disputèrent le jeune Français qui partagea son temps entre les musées et les hôpitaux; — plus tard, en Italie, ceux-ci furent un peu délaissés au profit de ceux-là. Puis il connut les principales villes de France; à Tours, Bretonneau et lui s'entretiennent surtout de botanique et échangent leurs fleurs rares; mais à Bordeaux, à Montpellier, à Marseille, il fréquente assidument les services dont les chefs étaient ou les élèves ou les amis de son père; puis il parcourt les stations thermales des Pyrénées. En 1843, il est en Allemagne; à Heidelberg, il voit Tiedmann, Chœlius et Nægele; Textor à Wurtzburg, et Humboldt, Dieffenbach, Muller à Berlin.

Notre voyageur constate que les services de chirurgie n'y sont pas mieux organisés qu'en France, mais l'infection purulente y est moins fréquente A Prague, Pytha compte, dans une année, quatorze succès sur seize amputations de membres. Nos maîtres de Paris, auraient, hélas! à renverser la proportion. Marjolin cherche les causes de ces guérisons extraordinaires; il pense que nous entassons trop de blessés dans nos salles, qu'on met trop de charpies sur les plaies et qu'on les recouvre trop souvent de cérat. Ainsi, sur bien des points, on fait mieux ailleurs que chez nous; il faut donc étudier les méthodes étrangères. Il conjure la Faculté, l'Académie de médecine, l'Assistance publique de créer des bourses de voyage pour les quatre premiers internes. Le patriotisme ne consiste pas à mépriser ce qui est hors de nos frontières : il faut que notre pays soit le meilleur et le plus libre. Cette patrie que nous adorons, nous la voulons telle que la firent nos ancêtres, intacte au dedans, au dehors et toujours généreuse.

René Marjolin fut nommé chirurgien du bureau central, à trente ans, et l'année suivante, en 1843, il prenait la part la plus active à la fondation de notre Société. Depuis que la Convention avait supprimé l'Académie royale, la chirurgie française n'avait plus de centre d'action. Auguste Bérard eut l'idée de réunir, chaque semaine, les chirurgiens les plus actifs: seize de ses collègues répondirent à son appel, parmi lesquels Gustave Monod, Huguier, Robert, Michon, Lenoir, Denonvilliers, Malgaigne, Chassaignac, Maisonneuve, Nélaton, et la Société de chirurgie était fondée. Il faut

en lire l'intéressante histoire dans la remarquable notice que mon prédécesseur, Charles Monod, écrivît à l'occasion de notre cinquantenaire. Les séances se tinrent d'abord au vieil Hôtel de Ville; sa caisse, riche de 300 francs environ, fut pillée aux journées de Juin; Gosselin lui offrit alors l'hospitalité de l'École pratique; puis la compagnie émigra rue d'Anjou-Dauphine, dans la salle de la Société philomatique; enfin, avec le succès naquirent les ambitions; nous devinmes propriétaires à notre tour et, non sans fierté, nous nous installâmes ici, dans ces salles que, devenus exigeants, nous trouvons maintenant trop petites pour notre fortune grandissante.

Le plus jeune des membres, René Marjolin fut aussi le plus actif de la nouvelle Société. Premier trésorier d'un modeste trésor, sa main discrète éloigna de nous un calice amer quand, vers 1848, le manque d'argent allait nous contraindre à publier nos Bulletins dans un format plus modeste. Une fois la question financière résolue, Marjolin prit la direction des archives et créa cette bibliothèque qui devait mourir de sa croissance même et comme étouffée dans nos chambres étroites par le flot débordant des livres. Ensuite, on crée pour lui, en 1853, les fonctions de secrétaire général et il inaugure l'usage du compte rendu annuel de nos travaux qu'il rédigea régulièrement jusqu'à 1858, après avoir liquidé l'arriéré des dix années précédentes. En 1859, il est nommé vice-président et président en 1860, unique exemple d'un membre qui ait assumé la responsabilité et les fatigues de toutes les fonctions du bureau. Enfin, lors de notre cinquantenaire, seul survivant avec Maisonneuve du premier groupe des sociétaires, il fut le président d'honneur de la touchante cérémonie.

Là ne se bornèrent pas ses bienfaits : la Société naissante était mal vue des potentats de la chirurgie, membres de l'Académie de médecine et de l'Institut: maussades et même hostiles, ils se tenaient à l'écart, quand René Marjolin nous amena son père. L'exemple venait de trop haut pour ne pas être suivi, et Roux, Cloquet et Velpeau réclamèrent le titre de membre honoraire. On doit encore à René Marjolin une conquête précieuse: celle de son grand-père, René Duval. C'était en 1852 : Duval avait alors quatre-vingt-quatorze ans; Hippolyte Larrey, rapporteur de la candidature, sut marquer, en termes graves et nobles, quel honneur nous faisait ce vieillard, le dernier membre de l'Académie royale de chirurgie, et dont la présence était comme la tradition vivante unissant la nouvelle à l'ancienne Assemblée. René Duval, ce contemporain des maîtres qui instruisirent les maîtres de nos maîtres, ne fut pas seulement éminemment décoratif : à quatre-vingt-quinze ans, il lut à la Société son commentaire du serment

d'Hippocrate; il mourait l'année suivante et, pour perpétuer sa mémoire, son petit-fils créa le prix Duval dont, plus tard, il tripla la valeur. Aussi est-il désigné sous le nom de Marjolin-Duval. C'est le plus ancien de nos prix, celui auquel nous sommes le plus attachés, car il est lié aux origines les plus touchantes de notre Société.

Dans l'intervalle, Marjolin était devenu chirurgien de Sainte-Marguerite et, de cette époque, date sa vraie mission chez les pauvres. Le milieu était propice : en plein faubourg Saint-Antoine, au centre de ce foyer de misère, il voyait s'accumuler dans ses salles, tous les déchets de la rue, tous les enfants, blessés et infirmes, négligés ou même abandonnés par leurs parents, les pervertis, les inoculés, les tarés ; il fallait, après les avoir guéris, songer, pour eux, d'abord au pain du lendemain, puis essayer de les enlever à l'armée du crime : tâche rude, mais Marjolin trouve des auxiliaires, les deux chefs de service, Jules Bergeron et Barthez ; à eux trois, ils commencent par fonder, dans la Brie, en pleine campagne, une maison de convalescence pour les fillettes de l'hôpital. Le D[r] Créquy, interne de l'un d'eux, m'a dit quel souvenir il avait gardé de cet asile, où maîtres et élèves formaient une famille unie par un devoir commun. Jules Bergeron nous reste encore : jeune de cœur, jeune d'idées, toujours sur la brèche, il nous rend l'inappréciable service de vivre, il montre à notre génération désorientée l'exemple de ces libéraux à l'esprit libre et tempéré, dont la mesure n'excluait pas l'énergie et qui nous manquent tant à cette heure.

Barthez était de cette même race; sa grande clientèle ne nuisait pas à son service où il passait le meilleur de la matinée. Il était médecin du prince impérial, et Marjolin, obsédé des misères humaines dont il était le continuel témoin, indiquait chaque jour à son collègue une réforme nouvelle à proposer à l'empereur que du reste, il put bientôt aborder lui-même. L'hôpital Sainte-Marguerite venait d'être transformé en hôpital d'enfants et dédié à sainte Eugénie, en l'honneur de l'Impératrice. Celle-ci ne le visitait guère, mais elle était remplacée, dans cette tâche de protectrice, par l'amie d'enfance de Louis-Napoléon, M[me] Cornu, dont la noblesse de cœur fut proclamée même par les ennemis du régime : Marjolin sollicita d'elle une audience de l'empereur, lorsque fut décidée la reconstruction de l'ancien Hôtel-Dieu. Les plans en étaient absurdes : on allait accumuler là, en plein cœur de Paris, plus d'un millier de malades et cela, lorsque l'entassement des blessés était reconnu comme la cause la moins discutable de l'infection purulente. Marjolin, appelé aux Tuileries, y plaida si vigoureusement que un instant, la partie fut gagnée ;

mais en fin de compte, Haussmann triompha de la science, de la raison, de l'humanité, et l'Hôtel-Dieu fut élevé à l'ombre de Notre-Dame. Si Lister et Guérin l'ont sauvé de la pyohémie, les millions engloutis dans la monstrueuse entreprise ont consommé la ruine de notre Assistance publique.

Marjolin arrivait à son service à sept heures et demie; il devait être bien matinal puisqu'il venait à pied de Montmartre : encore les ironistes prétendaient-ils qu'il passait par le Muséum où l'attirait sa passion pour les plantes et les bêtes. Il entrait dans les salles, le chef couvert du bonnet à oreilles des anciens docteurs du XVI[e] siècle, son tablier blanc noué presque sous les bras; un grand silence se faisait parmi les enfants; il examinait chaque nouveau petit malade et de préférence ceux que menaçait la coxalgie dont il dépistait très bien les signes avant-coureurs. Comme son père, et plus encore que lui, il ne prenait le bistouri qu'avec une extrême réserve : nos opérations ont, comme enjeu, la vie des malades; aussi, que d'hésitation avant, que de crainte pendant, que d'anxiété après ! A nos visites chez l'opéré, le pas se fait plus lourd à chaque marche de l'escalier, et nous craignons de lire un verdict fâcheux dans le regard de ceux qui nous accueillent! Ces angoisses, que nous ressentons tous, Marjolin en souffrit cruellement; il se demandait si la décision avait été légitime, l'acte correct, et surtout si quelque autre n'eût pas mieux fait que lui; sa conscience n'était jamais satisfaite. Sa femme connaissait bien ces combats intérieurs et, sans interroger son mari, elle lisait, aux plis de son front, le bulletin des opérés.

Son triomphe, nous dit Édouard Martin, de Genève, c'était la consultation : là, assis entre ses deux internes, il voyait défiler devant lui cent à cent cinquante malades; il donnait des soins aux enfants, des conseils au père ou à la mère. Il connaissait tout ce pauvre monde qui ne se renouvelle pas aussi vite qu'on pourrait croire; il se rappelait le nom de plusieurs et souvent prenait leur adresse pour leur envoyer des secours dont il devinait l'urgence. Entre temps, il exposait à ses élèves quelque point de thérapeutique, tout en émaillant ses discours de phrases latines, à sens parfois gaulois, et ne quittait l'hôpital qu'à deux heures. Aussi n'eut-il d'autres clients que ceux de son service. Son père avait voulu le lancer et lui avait confié une dame de qualité, qui, tout heureuse de voir un nouveau visage, énumère ses souffrances, analyse ses vapeurs, raconte ses tristesses et montre combien son âme est incomprise. — « Eh bien ! qu'y a-t-il ? » demanda le mari. — « Il y a, Monsieur, que je vous plains de tout mon cœur. » Ce fut sa première et sa dernière visite.

Sa fortune lui permettait cette indépendance; mais, pour la lui

créer son père y mis beaucoup moins de raideur et l'on cite de lui des traits d'une aimable ironie. Un jour, un client laisse sur son bureau un papier mystérieux qui contenait une pièce de quarante sous. L'année suivante il revient et veut déposer une enveloppe analogue; Marjolin, dont la mémoire était excellente, l'arrête d'un geste : « Monsieur, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de vingt francs. » Son mot à Louis-Philippe est moins connu. Le prince de Joinville était tombé sur le coude et le médecin appelé auprès de l'Altesse, croyant sans doute « que rien n'est petit chez les grands », prit une contusion légère pour une fracture. Le roi, qui se croyait chirurgien, jugea que les os étaient intacts et fit appeler Marjolin. Celui-ci examine la jointure avec minutie, la reexamine, puis relève la tête d'un air rassuré et s'inclinant devant Louis-Philippe qui n'avait soufflé mot : « Sire, je suis de votre avis. » Si René Marjolin refusait toute opération, consultation ou visite auprès d'un client riche, il était le garde, l'interne, l'aide dans toute famille amie où souffrait un malade; il s'installait à son chevet, il le soignait, sous les ordres du collègue, et malgré tout, malgré tous, il continuait jusqu'au bout sa tâche d'infirmier.

Marjolin aimait avec passion l'histoire naturelle et les arts. Il cultivait la botanique et, pendant ses voyages, recueillait des graines et des boutures, que son père et lui semaient et plantaient dans leur beau jardin de Clichy. Avec les savants d'Europe, il parlait autant de fleurs que de chirurgie, et sa correspondance est pleine du récit de ses herborisations : il s'exalte au souvenir de moissons de plantes sur les flancs du Salève, de digitales cueillies aux pentes des Pyrénées. Il visitait beaucoup le Louvre, et il avait un goût décidé pour la peinture. C'est à cette passion-là qu'il dut son mariage : Mme Scheffer, Hollandaise de Dordrecht, ayant perdu son mari, vint surveiller, à Paris, l'éducation de ses trois fils, dont deux, Ary et Henri, comptèrent bientôt parmi les peintres connus. En 1832, Mme Scheffer fut atteinte du choléra, Marjolin le père la guérit et une grande intimité s'établit entre les deux familles. René Marjolin vint prendre des leçons de dessin dans l'atelier d'Ary, celui qu'on appelait déjà « le peintre des âmes », et de qui Renan devait écrire « qu'il sut donner un corps aux idées morales et fixer l'image de tout ce qui nous enchante, nous améliore et nous attendrit ».

L'auteur de tant de toiles célèbres : *Marguerite*, *Mignon*, *Françoise de Rimini*, *Sainte Monique et Saint Augustin*, que la gravure a si souvent reproduites et qui se trouvent mêlées à tant de nos souvenirs d'enfance, était d'une droiture et d'une charité peu communes : il payait les loyers de peintres pauvres, et sa bourse et

son temps étaient à tout le monde. Aux journées de Juin, il obéit au cruel devoir de se battre contre les insurgés, mais refusa la croix qu'il ne voulait pas, disait-il, ramasser dans le sang du peuple. C'est à son foyer que René Marjolin vit grandir deux enfants : l'une, la fille de Henri Scheffer et plus tard femme de notre illustre Renan, et l'autre, la fille d'Ary, que malgré la différence d'âge, il obtint en mariage en 1845. Il était désormais dans son milieu vrai ; il n'avait plus qu'à suivre sa voie généreuse, avec cette femme de cœur haut et qui ne recula devant aucun devoir. Elle fut, pendant la guerre étrangère, l'infirmière infatigable des blessés à qui elle abandonna son propre appartement ; aux jours plus sombres de la guerre civile, elle laissa son mari partir pour affronter la mort, sans un mot qui pût alourdir ses pas. Elle fut l'âme de ses bonnes œuvres, et maintenant qu'il n'est plus, dépositaire de sa pensée, elle essaie de faire à elle seule le bien qu'ils faisaient à deux.

Pendant toute sa carrière hospitalière, René Marjolin resta fidèle à Sainte-Eugénie. La guerre l'y trouva. Nos désastres lui furent un deuil inoubliable, mais il redoubla d'activité et ajouta à ses devoirs des devoirs nouveaux. Sa journée se partageait entre ses anciennes salles, où les blessés affluaient, et l'ambulance qu'il avait créée au collège Chaptal. Après la paix, lorsque on dut rendre le collège aux collégiens, c'est dans son propre hôtel qu'il recueillit les valétudinaires. Le 18 mars, éclate la guerre civile ; elle lui fut particulièrement odieuse, car il la connaissait pour l'avoir vue en 1830, en 1848 et en 1852 ; il savait ce qu'elle soulève de cruautés et le peu que pèse alors le meurtre à la conscience des fanatiques. Mais lui, témoin révolté de tant d'horreurs, il ne songea qu'à diminuer les haines ; il n'oublia jamais que des frères étaient en présence et qu'ils s'entretuaient.

Pourtant, il avait à songer à lui-même ! Un matin, il trouve son hôpital envahi ; la Commune avait décidé le renvoi des Sœurs : c'était désorganiser le service, car des infirmières ne s'improvisent pas en un jour. Marjolin proteste, il réclame, au nom de ses petits malades, avec tant d'énergie, qu'il obtint la réintégration immédiate : en quoi il fut aidé par le nouveau directeur, un fédéré nommé Rieder, brave homme d'esprit bizarre et, par surcroit, mormon. Mais de ce jour, le délégué de la Commune, Philippe, surveilla l'hôpital ; il y venait souvent et, en manière de plaisanterie, d'un goût plutôt douteux, il annonçait tous les matins aux Sœurs qu'il viendrait le soir souper avec elles.

Dans la dernière semaine, lors des derniers combats, et lorsque s'allumaient les incendies, la situation devint tragique. Marjolin résistait à la Commune, qui exigeait le départ des Sœurs ; les som-

mations se multipliaient et le danger était si pressant que les internes du service vinrent supplier Mme Marjolin de retenir son mari. « Le devoir passe tout », dit-elle; et, malgré l'ordre d'arrestation, tranquillement, à l'heure ordinaire, il franchissait le seuil de l'hôpital. Le 20 mai, c'est le directeur lui-même qui implore : « Si je ne vous arrête pas, c'est moi qu'on arrête et vous ne voulez pas ma mort. » Enfin, au sortir d'une entrevue avec le peu débonnaire Raoul Rigault, Proust et Trélat insistent avec tant de force auprès de l'héroïque entêté qu'il consent à rester chez lui. Mais, dès le deuxième jour, il apprend l'entrée, dans Paris, des troupes régulières; il se mêle à elles, non sans péril; il atteint le faubourg Saint-Antoine et apprend que Philippe est fusillé et qu'on va fusiller Rieder; Marjolin court à sa recherche, le trouve prisonnier à la place du Trône, se fait conduire au général et réclame la liberté de son directeur ; il l'obtient, mais Rieder, saisi de nouveau et emprisonné à Mazas, allait partir pour les pontons, lorsqu'on le gracia définitivement sur les instances du pasteur Vernes et de Marjolin.

René Marjolin avait alors soixante ans; l'âge de la retraite allait sonner pour lui : il la devança et, en 1872, il donnait sa démission de chirurgien de Sainte-Eugénie. Ce n'est pas le repos qu'il cherchait; jamais au contraire, il ne se dépensa plus qu'à partir de cette époque, vraiment la plus belle de cette belle vie. Je sais une charité haïssable, la charité hautaine de ceux qui donnent pour se croire meilleurs que le reste des hommes, mais où se trahit, et perce de tous côtés, le mépris de ceux qu'elle secourt. La charité, que ne dictent pas la pitié et l'amour n'est pas la charité ; elle récolte l'ingratitude et c'est justice. La vraie charité est fraternelle et ce fut celle de René Marjolin : il ne croyait pas que le pauvre doit être intelligent, probe, sobre et travailleur, pour qu'on daigne s'occuper de lui; ceux qui réunissent toutes ces vertus n'ont pas besoin qu'on les aide, et même le monde est à eux. Il savait le pauvre souvent paresseux, souvent ivrogne, peu scrupuleux ; mais il aimait Lazare, malgré ses ulcères, et c'est pourquoi son apostolat fut fécond.

Avant, il voyait les pauvres surtout à l'hôpital, maintenant il va chez eux, il connaît leur nom, leur catastrophe du jour, l'échéance imminente, le boulanger qui refuse du pain, et le propriétaire qui gronde. Que de bouges il visite, jusqu'à la chambre unique où, comme il le disait à M. Picot, il trouva, entassée, une famille de quatorze personnes. Il inscrit tout sur des registres, et l'un d'eux contient jusqu'à trois mille notices, « véritables archives de la misère parisienne ». Il était bien connu dans tous ces taudis. Cependant un jour qu'il voulait prouver à Tourguenieff, que cer-

tains quartiers étaient aussi misérables à Paris que les plus hideux bouges de Moscou, il l'amena dans la cité Jeanne- d'Arc. La prestance superbe de Tourguenieff, les pièces de 5 francs qu'il distribuait aux mendiants firent grande impression, et l'on chuchotait dans la foule amassée : « C'est l'archevêque et son coadjuteur! »

Cette charité « par contact » est la plus touchante, et Marjolin n'y faillit jamais, mais il la savait trop inefficace pour y borner son effort. Aussi dépensa-t-il le meilleur de son temps à des œuvres plus durables que ces secours éphémères. Il étudia les réformes hospitalières, l'hygiène nosocomiale. A l'Académie de médecine qui, suivant un mot fort juste, l'avait nommé « dans la section des hommes de bien », il s'occupe des enfants assistés et montre l'urgence de les isoler des malades atteints d'affection contagieuses. Il obtient de haute lutte la création de nouveaux lits dans les services d'enfants. Il avait trop vécu dans les faubourgs pour ne pas connaître les dangers du vagabondage et publie un magnifique rapport sur ses causes et sur les moyens de le prévenir. Grâce au général Chabaud-Latour, il poursuit, à travers la France, une enquête sur les colonies pénitentiaires, les orphelinats agricoles et les maisons de préservation. Il devient le vice-président de la Société générale des prisons, de ces prisons où il retrouvait, hélas! les malheureux que tant d'œuvres utiles n'avaient pu sauver; il étudie les écoles techniques et professionnelles; il prépare et sollicite la loi de 1889, sur la déchéance de la puissance des parents vicieux; il est nommé président de l'œuvre de la Société protectrice de l'enfance.

Nous ne saurions énumérer toutes les sociétés, toutes les commissions, tous les comités où il apportait son robuste bon sens, son enthousiasme, sa foi, l'ardeur de sa propagande. Il se donnait tout entier, et il savait aussi réclamer des sacrifices aux autres. « Quand vous le voyez de loin dans la rue à droite, disait l'abbé Deguerry, passez à gauche si vous ne voulez pas être dévalisé. » Comment refuser d'aider celui qui commence par charger ses épaules du plus lourd fardeau? Et quelle franchise, quelle bonne grâce, quelle rondeur dans son accueil! Je n'ai pas eu l'honneur de vivre dans son intimité : lorsque je devins membre de la Société de chirurgie, Marjolin ne la fréquentait plus guère; cependant, on le voyait parfois, aux jours d'élections; il s'avançait grand et fort dans ses larges habits toujours un peu flottants et avec une démarche hésitante depuis que sa vue était devenue mauvaise; il rejetait en arrière sa belle tête qui rappelait un peu celle que certaines gravures prêtent à Franklin. L'infinie bonté qui s'épanouissait sur ses lèvres épaisses et dans ses yeux, aux

regards devenus incertains, n'excluait pas la fermeté qu'accusaient son nez droit et sa forte mâchoire.

Certes, il était débonnaire, mais il avait aussi de la défense et plus d'un l'apprit à ses dépens. On sourit encore d'un certain secrétaire qui, dès la première séance, accueillit Marjolin avec une bienveillance condescendante et marqua l'intention de tout diriger sous le sceptre de ce roi fainéant. Son illusion fut courte : à la joie de l'auditoire, Marjolin, en quelques mots nets le remit à sa place. Les directeurs d'hôpital ne s'y trompaient pas : ils connaissaient sa courtoisie, mais aussi sa ténacité et ils n'usaient plus avec lui de ces réponses dilatoires si chères aux administrateurs. Et puis, l'ambition n'avait pas de prise sur lui : lors de l'inauguration de Sainte-Eugénie, il fuyait la fête officielle et il fallut le chercher dans les cuisines, où il goûtait la soupe des enfants, lorsque l'empereur voulut épingler sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur. Pendant plusieurs années, il oublia de fournir à la Chancellerie les pièces nécessaires à son inscription et ne fut officiellement décoré qu'après la guerre, sous la troisième république.

Le soir, après ses journées fatigantes, Marjolin restait avec sa femme dans ce paisible hôtel de la rue Chaptal, qu'ils habitaient depuis la mort d'Ary Scheffer et que peuplaient leurs souvenirs d'enfance et de jeunesse. Là, au milieu des plus belles œuvres du maître, venait s'asseoir un rare groupe d'amis, Renan, Tourguenieff, Lanfrey, Henri Martin; de grands artistes s'y faisaient entendre : Franchomme, Gounod, Rubinstein et cette admirable Pauline Viardot qui, si souvent, communiqua le frisson sacré à tout un peuple d'auditeurs. C'était sa seule trêve et le lendemain il reprenait son éternel souci des autres. Mais un obstacle se dressait maintenant entre ses pauvres et lui; il devenait aveugle et bientôt il ne put plus sortir sans sa femme ; ses forces diminuaient aussi et il connut que le terme de sa carrière était proche. Mais on savait mourir dans sa famille ; il pouvait relire la lettre où son père annonçait sa fin prochaine à son ami, Gilbert de Savigny; en quelques lignes, il établit la nature du terrible mal qu'il vient de se découvrir, et le 12 janvier il écrit : « Je serai mort avant le retour du printemps. » Puis il s'excuse de tant parler de lui; il annonce un envoi de graines de pensées et de reines-marguerites et donne des conseils minutieux sur le semis qu'il ne sera plus là pour surveiller.

René Marjolin attendit la mort avec la même sérénité. C'est chez lui maintenant qu'il réunit les comités ; d'autres font ses visites dans les bouges qu'il désigne et on vient lui en rendre compte. Ses amis lui restaient et il assistait à ces charmantes

réunions de jeunes fille qui, chaque semaine, travaillaient chez lui pour les pauvres, sous la direction de sa femme. Puis vint le jour où tous deux voulurent disposer ensemble de la fortune qu'ils tenaient de leurs parents et qui n'avait été qu'un dépôt dans leurs mains; elle avait pour origine l'art et la science : la science et l'art se la partagèrent. Une première part fut pour l'Académie des Beaux-Arts, l'Association Taylor et le Musée de Dordrecht qui reçut en outre les plus belles toiles d'Ary Scheffer. La seconde fut pour l'Association des médecins de la Seine et l'Association des médecins de France; ils laissèrent à la Société de Chirurgie, aux Sœurs de Saint-Vincent de Paul, aux Frères Saint-Jean-de-Dieu, à la Société philomatique, à la Société protectrice de l'Enfance; enfin la vieille maison familiale de la place des Vosges fut léguée aux étudiants pauvres de notre Faculté. Marjolin avait rendu ses comptes et n'avait plus qu'à mourir; il s'éteignit le 7 mars 1895; il avait vécu quatre-vingt-trois ans.

Ainsi se déroula, dans la bonté et dans la charité, la vie de ce héros du bien. Non! il n'est pas possible qu'un pays où naissent de tels hommes ne reste pas la terre de la fraternité. A cette heure trouble, on conteste le droit, on raille la justice, le mal devient le bien, la vérité est honnie et le mensonge honoré; on s'injurie, on se méprise, on se hait; des cris s'échangent de proscription et de mort, d'autant plus hideux qu'on les pousse au nom d'une foi éteinte et de dogmes auxquels on ne croit plus. Allons-nous donc périr dans cette tourmente, et serait-ce la fin de notre douce France? On voit, dans les causses des Cévennes, telle rivière s'engloutir tout à coup dans un gouffre et ne laisser aux yeux désolés que la morne étendue de la plaine stérile. On la croit perdue lorsque loin, très loin, le flot rejaillit aux pieds des rochers, sous les clairs rayons du soleil. C'est ainsi qu'il reparaîtra, notre beau fleuve de justice et d'amour; nous le verrons monter à la lumière plus joyeux encore qu'avant sa course souterraine et sûrement grossi de quelque torrent nouveau.

Prix décernés en 1898.

Le Prix Marjolin-Duval a été accordé à M. le Dr Vanverts, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse de doctorat.

Le Prix Laborie n'a pas été décerné. Deux encouragements de 600 francs chacun ont été décernés : 1° à M. Pierre Wiart, aide d'anatomie des hôpitaux; 2° à M. le Dr Léon Courtillier, ancien interne des hôpitaux.

Le Prix Ricord n'a pas été décerné. Un encouragement de 600 francs a été accordé à M. Marcel Baudouin.

Le Prix Gerdy n'a pas été décerné.

Prix à décerner en 1899.

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). — *A l'auteur* (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1898. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (2,400 fr.). — *A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.*

Prix Demarquay (700 fr.). — Le sujet proposé est : *Le cancer du gros intestin.*

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Le sujet proposé est : *Anatomie pathologique et traitement du torticolis congénital.*

Prix à décerner en 1900.

Prix Marjolin-Duval (300 fr.). Prix Laborie (2,400 fr.). — Pour ces deux prix, voir ci-dessus les conditions.

Prix Ricord (300 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits pourront être signés.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1899.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines ;

Une lettre de M. Quénu, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et demande cependant à être maintenu sur la liste des orateurs, au sujet de l'appendicite ;

Une lettre de M. Testevuide (de Bourbonne-les-Bains), qui pose sa candidature au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie et envoie un travail sur le *traitement des gangrènes gazeuses dans les fractures compliquées.*

A propos de la correspondance.

M. Potherat présente un travail de M. Mordret fils (du Mans), sur *cinq cas d'appendicite.*

Ce travail sera remis à l'examen d'une commission : M. Potherat, rapporteur.

DISCOURS DE M. BERGER

Président sortant.

MESSIEURS,

Avant de quitter ces fonctions que vous m'avez fait l'honneur de me confier et que j'ai été si heureux de remplir, j'ai encore un triste devoir à accomplir, un deuil nouveau à vous annoncer : Auguste Socin n'est plus; l'éminent professeur de Bâle nous a été enlevé par une mort précoce; il n'avait que soixante et un ans.

C'est une physionomie à la fois puissante et aimable qui vient de disparaître. Je n'essaierai pas de rappeler l'œuvre scientifique de Socin, qui est connue du monde entier; je ne puis cependant passer sous silence ses travaux sur les tumeurs du corps thyroïde et sur les opérations pratiquées pour le goitre, et ne pas mentionner la part qu'il a eue à l'adoption de la cure radicale des hernies dont il fut l'un des principaux initiateurs. Mais bien mieux encore que l'énumération de ses titres scientifiques, les regrets de tous ceux qui l'ont connu font son éloge; l'élévation de son caractère, la distinction, l'affabilité, la franche cordialité qui se détachaient de sa personne attiraient dès l'abord tous ceux qui l'approchaient, et l'on sentait que chez lui l'homme était à la hauteur du chirurgien et du savant. Nous étions heureux des nombreuses marques de sympathie qu'il donnait à la chirurgie française; celle-ci perd en lui un ami sincère, et la Société de Chirurgie un de ses plus illustre associés.

Il me reste, messieurs et chers collègues, à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de la Société de Chirurgie. Le souvenir des heures que j'ai passées à diriger vos débats comptera parmi les meilleurs de ma carrière et contribuera, s'il est possible, à augmenter mon attachement à la Société de Chirurgie et à resserrer les liens d'estime et d'amitié qui m'unissent à tous mes collègues.

J'invite M. le président Pozzi à prendre place au fauteuil de la présidence.

DISCOURS DE M. POZZI

Président.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

J'ose dire qu'il n'est pas d'honneur comparable pour un chirurgien à celui d'être appelé à la place où votre suffrage m'a élevé.

Croyez que j'en sens profondément le prix. Mais, tout en éprouvant une fierté légitime, je sais la ramener à de justes proportions par le sentiment de la part qui revient dans ce choix à la bienveillance de mes collègues, et aussi à la courtoisie traditionnelle de cette assemblée envers ses membres les plus anciens.

Je sens tout ce qui me manque pour faire un président digne de la Société de chirurgie, et je réclame dès le début votre indulgence. Je puis du moins vous promettre, à défaut d'autre qualité, celle qui constitue la politesse des présidents comme des rois : l'exactitude. Je n'ai, du reste, en cela, ainsi que pour tout le reste, qu'à prendre modèle sur mon prédécesseur, mon excellent ami M. Berger. Puisse-t-il, en quittant ce fauteuil, y avoir laissé comme un héritage et comme un don de joyeux avènement pour son successeur, un peu de cette haute impartialité, de ce tact parfait, de cette autorité incontestée qui ont fait de sa présidence une des meilleures qui aient été exercées dans cette enceinte.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement par le capitonnage des kystes hydatiques du foie.

M. Pierre Delbet. — Dans la séance du 18 janvier, une courte discussion s'est engagée à propos d'une malade que j'avais présentée dans la séance du 11. M. Nélaton a bien voulu rappeler l'observation d'un malade qu'il a opéré suivant ma pratique et qu'il a guéri en huit jours. Sauf cette approbation implicite, dont je remercie M. Nélaton, je n'ai récolté que des critiques.

Bien que je n'aie rien vu dans ces critiques, à quoi je n'aie longuement répondu par avance, soit dans mes deux communications à l'Académie de médecine, soit dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu, soit dans la thèse de mon élève et ami Baraduc, je ne puis cependant les laisser passer sans rien dire. Mais les critiques n'étant pas nouvelles, les réponses ne le seront pas non plus et je m'excuse d'être obligé de me répéter.

M. Segond, après avoir très aimablement reconnu que son article renferme une erreur de rédaction, déclare qu'il maintient, dans son intégralité, son jugement sur mon procédé. Cela veut dire qu'il ne l'accepte dans aucun cas ; la situation est donc fort nette.

Dans l'argumentation de M. Segond, il y a deux chapitres : des

objections au capitonnage; des éloges pour la marsupialisation

Voyons d'abord ces derniers. « Je ne connais pas, dit M. Segond, d'opération plus simple et plus sûre que l'incision large avec suture des lèvres de l'incision kystique à la paroi abdominale. » Voilà une affirmation à laquelle tout le monde peut souscrire. Certes, il n'est pas d'opération plus simple que la marsupialisation; il n'en est pas de plus sûre, si l'on entend par là qu'il n'en est pas de moins dangereuse. Mais, si l'on veut dire qu'il n'en est pas qui guérisse mieux les malades, je m'inscris énergiquement en faux.

Non, la marsupialisation n'est pas un moyen sûr de guérir complètement les malades atteints de kystes hydatiques de l'abdomen. Les statistiques publiées sur ce sujet sont des trompe-l'œil. Que de malades portés guéris, qui sont en réalité sortis de l'hôpital avec une fistule! En disant qu'ils sont guéris, on a escompté la guérison et on n'a pas toujours payé à l'échéance.

J'ai suivi, pendant des années, les huit malades que j'ai opérés par la marsupialisation, et je n'en ai trouvé qu'un qui ait bien guéri. Il avait un kyste intra-hépatique. Un malade est mort de tuberculose pulmonaire deux mois après l'opération et ne mérite pas d'entrer en ligne de compte. Voici ce que sont devenus les six autres :

Trois malades ont fini par guérir de leurs fistules après les avoir traînées pendant trois mois au moins, mais ils ont des éventrations au point précis où la marsupialisation a été faite.

Une malade a porté sa fistule pendant neuf mois. Je ne savais pas ce qu'elle était devenue quand j'ai publié mes cliniques. J'ai su depuis que sa fistule, après s'être fermée, s'était rouverte.

Enfin, deux malades ont conservé leur fistule, et l'une d'elles est morte, deux ans et neuf mois après l'opération, d'accidents de tuberculose pulmonaire sur lesquels cette suppuration interminable n'a peut-être pas été sans influence.

Vous allez me dire que j'ai eu affaire à une série noire. Mais remarquez bien que si, au lieu de m'acharner à retrouver mes malades des années après les avoir opérés, je les avais perdus de vue à leur sortie de l'hôpital, au lieu de tenir ce langage, j'aurais dit de très bonne foi : les résultats de la marsupialisation sont excellents, tous mes malades sont guéris. C'est parce que j'ai recherché et retrouvé mes malades que j'ai été conduit à dire, au contraire : non, les résultats de la marsupialisation ne sont pas satisfaisants. Avec elle, la guérison est lente, puisque la fistule dure presque toujours plusieurs mois. Avec elle, la guérison est souvent incomplète, puisqu'il y a des fistules qui persistent indéfiniment. Avec elle, la guérison n'est pas de bonne qualité, puisque,

quand la fistule se ferme, il se produit souvent une éventration à sa place.

Série noire, je n'ai aucune raison de le penser, car je ne connais pas de statistique où les malades aient été suivis comme j'ai suivi les miens, et, d'autre part, j'ai rencontré assez de malades opérés par d'autres chirurgiens et qui traînaient, d'hôpitaux en hôpitaux, de pénibles fistules, pour être sûr que celles-ci ne sont pas rares.

Qu'on m'apporte des statistiques du genre de la mienne. Qu'on me dise ce que sont devenus, au bout d'un ou de deux ans, les malades adultes, car je ne parle pas des enfants, chez qui les choses se passent peut-être autrement. Si on me montre que tous guérissent de leur fistule, si on me montre qu'après en avoir guéri, ils n'ont pas d'éventration, alors je reconnaîtrai que la marsupialisation n'est pas aussi mauvaise que je viens de le dire. Mais je ne reconnaîtrai pas encore qu'elle est l'égale du capitonnage suivi de suture totale.

Pour qu'elle soit son égale, il faudrait qu'elle guérisse aussi vite; il faudrait qu'elle évite des cholérrhagies qui épuisent les malades, et cela, personne ne peut prétendre qu'elle le fasse.

Cette question de la cholérrhagie me mène à l'autre groupe d'arguments de M. Segond, les objections qu'il adresse au capitonnage. Il écrit en effet : « et, ce qui est plus grave, je me demande ce que donnerait le capitonnage avec suture totale et réduction sans drainage, en cas de cholérrhagie consécutive ».

Je me suis déjà expliqué sur ce point, mais je suis heureux que l'occasion me soit fournie d'en parler à nouveau.

Dans les kystes hydatiques, il y a deux sortes de cholérrhagie : la cholérrhagie primitive et la cholérrhagie secondaire.

La cholérrhagie primitive se produit quand il existe, avant l'opération, une fistule faisant communiquer le kyste avec les voies biliaires. Dans ma première communication à l'Académie, je considérais ces fistules biliaires comme contre-indiquant le capitonnage. Depuis, j'ai opéré un cas qui a fait l'objet d'une seconde communication à l'Académie et qui a modifié mon opinion sur ce point.

Dans ce cas, il existait une fistule biliaire. Le kyste vidé, la membrane mère enlevée, j'agrandis l'incision faite à la paroi kystique jusqu'à lui donner une étendue de 10 centimètres environ; et, examinant attentivement la face interne de la membrane adventice, je découvris, dans la profondeur, l'orifice par où suintait la bile. Je réussis à passer trois points de catgut qui fermèrent complètement cet orifice. Par-dessus, je capitonnai, je suturai sans drainage et le malade a parfaitement guéri.

Je ne sais pas si toutes les fistules biliaires intra-kystiques se présenteront dans de semblables conditions, mais je n'en ai pas moins le droit de dire, en m'appuyant sur ce fait, que l'existence d'une fistule biliaire dans le kyste n'est pas, par elle-même, un obstacle insurmontable au traitement par le capitonnage et la suture.

C'est surtout la cholérrhagie secondaire qu'a visée M. Segond. Cet argument qu'il invoque contre le capitonnage, je l'invoque, moi, contre la marsupialisation.

En effet, voici comment les choses se passent après la marsupialisation. Je me cite moi-même : « Quand il s'agit de kystes non suppurés, quand il n'y a pas de fistule biliaire, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, il ne se produit aucun écoulement par l'orifice : le pansement reste sec, absolument sec. C'est donc que la membrane adventice ne sécrète rien. L'écoulement se produit quelques jours après. Sans doute, sous l'influence d'une infection légère, la face interne de la membrane adventice s'exfolie, et même, quand il n'y avait pas de fistule biliaire préexistante, il se produit souvent un écoulement de bile qui peut être assez considérable et assez prolongé pour affaiblir notablement les malades. »



Ainsi, les cholérrhagies consécutives sont dues à l'exfoliation de la paroi kystique, à l'ulcération des canaux biliaires qui serpentent en grand nombre dans la membrane adventice. Ces exfoliations, ces ulcérations sont dues, soit au frottement des drains ou des mèches, soit à une infection légère qu'on n'arrive guère à éviter complètement quand on fait des pansements mutiples. La cholérrhagie secondaire est un phénomène tout à fait comparable aux hémorrhagies secondaires. De même qu'on évite les hémorrhagies par la réunion primitive, de même on évite les cholérrhagies par le capitonnage. Et c'est là, à mon sens, un avantage sérieux qui doit contribuer à assurer la supériorité de la suture sans drainage sur la marsupialisation.

M. Segond dit encore : « Il me semble que le capitonnage doit être souvent bien difficile à faire avec assez de perfection pour que la coaptation exacte des parois évite toute production kystique ultérieure. » J'accorde à M. Segond qu'il serait singulièrement difficile, voire même impossible, dans certains cas, de faire une coaptation exacte des parois. Mais cela est inutile. « Je ne cherche pas d'ailleurs, ai-je écrit dans mes cliniques, à obtenir une suppression absolument totale de la cavité, ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe assez peu qu'il reste par places quelques millimètres entre elles. »

Je comprends les craintes de M. Segond, mais je puis lui affir-

mer qu'elles ne sont pas fondées. Il ne se forme aucune production kystique, précisément parce que la membrane adventice, lorsqu'elle n'est ni irritée, ni infectée, ne sécrète rien. Mes faits et d'autres le prouvent. Même lorsque les kystes sont très volumineux, la paroi se rétracte si vite qu'elle cesse bientôt d'être perceptible. La coaptation n'a donc pas besoin d'être parfaite.

Je pense même, avec Tuffier, que dans les petits kystes, on peut se passer du capitonnage. C'est ce que j'ai fait en septembre 1897, dans un cas de kystes multiple de l'intestin.

Mais si je suis d'accord avec Tuffier sur ce point, je me sépare complètement de lui sur d'autres. Il a écrit dans nos bulletins qu'il faut gratter la poche et la laver. Voilà un conseil que certes je ne donnerais à personne. Tuffier l'attribue à Bobroff. Je ne sais pas si Bobroff, dont je ne connais pas exactement le procédé, car il a été publié en russe, en accepte la responsabilité, mais pour ma part, je ne l'accepte pas. Laver le kyste, cela n'a pas grand inconvénient si on le fait avec de l'eau bouillie, c'est seulement inutile, car pourquoi laver une cavité aseptique? Mais laver avec une solution antiseptique, c'est mauvais, car les antiseptiques altèrent la vitalité, ils provoquent une sécrétion qui justement peut rendre le drainage nécessaire. Gratter la poche, c'est bien plus grave. L'anatomie pathologique nous apprend en effet que dans la membrane adventice, très près de la cavité, il y a toujours des vaisseaux en grand nombre et, lorsqu'il s'agit de kystes du foie, des canalicules biliaires, gratter, c'est s'exposer à ouvrir ces vaisseaux et ces canalicules, c'est s'exposer à produire une hémorrhagie et une cholérrhagie diffuse, qui nécessitent le drainage. Je rejette donc le lavage et encore plus énergiquement le grattage.

M. Quénu admet en principe le capitonnage, mais le considère comme un procédé d'exception. Je rappelle ses paroles : « Je ne veux dire qu'un seul mot, c'est qu'il est impossible d'ériger en méthode générale le procédé du capitonnage. Il faut pour cela avoir affaire à ces cas particuliers de kystes petits, superficiels, faisant saillie à la surface du foie. »

Que le capitonnage et la suture sans drainage ne soient pas applicables à tous les cas, c'est possible. Ainsi notre collègue Bazy m'a demandé dans une conversation, si je capitonnerais les kystes qui ont un développement à la fois thoracique et abdominal. Il faisait allusion à un cas particulier qu'il avait observé. Comme je n'en ai pas rencontré de pareil, je n'ai pas pu lui répondre.

Mais s'il est possible que le capitonnage ne soit pas toujours applicable, je ne puis cependant accorder à M. Quénu que ce soit un procédé d'exception. Bien au contraire, je le considère comme

un procédé général destiné à remplacer la marsupialisation. Depuis le 13 décembre 1895, date de ma première opération, je l'ai employé dans tous les cas, sans exception, qui se sont présentés à moi. Ces cas ne sont, il est vrai, qu'au nombre de six, mais encore une fois, ce ne sont pas des cas choisis, ce sont tous les cas que j'ai rencontrés.

Et je dis à M. Quénu : non, il n'est pas nécessaire que les kystes soient petits. Sur les six que j'ai opérés, quatre avaient une capacité de deux à trois litres et l'un d'eux emplissait l'abdomen au point qu'il avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Non, il n'est pas nécessaire que les kystes soient superficiels, car dans tous les cas, la paroi, au point le plus mince était si épaisseque j'ai dû renoncer à la réséquer. Je suis d'ailleurs arrivé à considérer cette résection comme absolument inutile. La poche capitonnée se rétracte si bien, qu'elle ne sert à rien.

La pratique, bien loin de m'amener à réduire les indications du capitonnage et de la suture totale m'a conduit au contraire à les étendre. Les fistules biliaires, que j'avais considérées d'abord comme une contre-indication absolue n'en sont pas toujours une. Je l'ai dit, à l'heure actuelle, en dehors de la suppuration, je n'admets guère qu'une contre-indication absolue, c'est l'incrustation calcaire poussée au point de rendre la paroi absolument rigide. Mais j'ajoute que je ne crois pas que dans les kystes en voie d'évolution, l'incrustation aille jamais aussi loin. Dans celui de mes six cas, où elle était le plus avancée, j'ai pu cependant accoler les deux parois par le capitonnage. Une calcification capable de rendre les parois inflexibles ne pourrait guère se rencontrer que dans de très vieux kystes où les hydatides seraient mortes depuis longtemps. Cette contre-indication, la seule qui me paraisse absolue, ne se présentera donc que bien rarement.

Permettez-moi de faire remarquer en terminant que le procédé que je défends ne présente rien d'anormal. Suturer sans la drainer une poche aseptique et qui ne sécrète pas, c'est ce que l'on fait par exemple, quand on a décortiqué un kyste du parovaire inclu dans le ligament large. Le but que je me suis proposé c'est de supprimer le drainage. Or la suppression du drainage a été la condition principale du progrès dans le traitement des kystes de l'ovaire, dans l'hystérectomie abdominale, dans presque toute la chirurgie du péritoine. Ce n'est donc point chose exceptionnelle, mais bien au contraire l'application aux kystes hydatiques d'une loi de la chirurgie abdominale. Ce procédé est conforme aux tendances des laparotomistes; il est d'accord avec les préceptes de la chirurgie actuelle, et c'est pour cela que je crois pouvoir recommander à mes collègues de l'expérimenter, bien

convaincu qu'ils en tireront comme moi des résultats infiniment supérieurs à ceux que donne la marsupialisation.

M. Tuffier. — Mon collègue Delbet vient de toucher deux points différents de l'histoire des kystes hydatiques; l'un a trait au procédé opératoire et l'autre à la critique de l'ouverture simple, du lavage et de la réunion immédiate du kyste.

Je partage absolument sa façon de voir sur la thérapeutique générale de ces kystes et je suis convaincu que le drainage deviendra un pis-aller. La nécessité d'une opération et d'une guérison aseptiques, opposées à une lésion elle-même aseptique, cadre seule avec les progrès de la chirurgie.

C'est pour avoir vu ces interminables suppurations, ces intarrissables fistules durant des mois après le traitement par le drainage, c'est pour avoir opéré à Necker un malade atteint d'un énorme kyste hydatique rétrovésical, qui finit par guérir mais revint six mois après avec un mal de Bright et une dégénérescence amyloïde des reins, de laquelle il mourut, que je me suis bien promis de chercher un moyen plus rapide et moins dangereux de guérir ces lésions.

L'observation de Bobroff me tomba sous les yeux et je fus séduit par la simplicité et la logique de son procédé. Chez mon malade, j'ai ouvert le kyste aseptique. Je l'ai purgé de ses vésicules, je l'ai lavé et je l'ai refermé sans aucun drainage ni du kyste ni de la paroi. La guérison est complète depuis trois mois.

Le seul danger de ces procédés aseptiques me paraît consister dans une récidive possible si tout élément hydatique n'était pas parfaitement enlevé. C'est pourquoi j'ai gratté la paroi, et je l'ai lavée au sublimé laissant même quelques grammes de liquide dans la cavité. Nous savons que les injections de sublimé arrivent à guérir les kystes dans certains cas, même sans évacuation, c'est pourquoi j'ai choisi le sublimé. Je place ce procédé sur le même rang que celui de M. Delbet, je crois même qu'il serait applicable à nombre de cas où le capitonnage serait impossible et qu'il est ainsi susceptible d'une certaine généralisation.

M. Bazy. — Je crois que c'est avec de l'eau salée que M. Bobroff a proposé le lavage. Je suis trop partisan de la réunion absolue pour ne pas être de l'avis de M. Delbet; cependant il y a des cas, pour les kystes thoraco-abdominaux par exemple, où le capitonnage me semble impossible.

M. Delbet. — Je ne puis répondre à M. Bazy qu'une seule chose : ce sont des cas que je ne connais pas.

Je répondrai à M. Tuffier que sauf pour le grattage nous sommes très près de nous entendre. Le grattage qu'il fait est bien peu de chose, je le considère néanmoins comme dangereux. Quant au lavage destiné à empêcher la récidive, je le crois inutile. Une fois que j'ai enlevé la membrane fertile du kyste, il ne reste plus que la membrane adventice qui certes ne saurait créer une récidive.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite (suite).

M. Walther. — La série déjà longue des très intéressantes communications qu'a suscitées la discussion sur le traitement de l'appendicite aiguë me permettra d'être bref.

Je ne veux pas reprendre ici l'étude des formes cliniques variables de l'attaque de péritonite péri-appendiculaire et des indications spéciales qu'elles comportent. Cela a été fait, mieux que je ne saurais le faire ; et je crois que nous sommes tous d'accord pour convenir qu'on ne saurait accepter la formule, la règle proposée par notre collègue M. Poirier, règle d'une clarté et d'une précision si séduisantes et qui aurait le grand avantage de simplifier singulièrement la question de l'opportunité de l'intervention opératoire.

L'accord me paraît être à peu près complet sur deux points : 1° le traitement des cas de péritonite grave, de septicémie, pour parler plus exactement, cas dans lesquels la laparotomie précoce, hâtive, nous semble être la seule chance de salut ; 2° le traitement des attaques légères, de ces crises dont la forme la plus bénigne a été qualifiée de colique appendiculaire, dénomination qui peut répondre assez bien à une apparence symptomatique, mais qui n'est le plus souvent en réalité qu'une poussée de folliculite appendiculaire. Ici, vous pensez tous, je crois, que le traitement médical est seul indiqué, sauf à pratiquer plus tard, à froid, la résection de l'appendice.

Les faits de péritonite suppurée enkystée ne prêtent pas, eux, à discussion. Il y a là un abcès à ouvrir, et l'incision, le large drainage s'imposent sans hésitation.

Toute notre discussion porte, il me semble, sur la conduite à tenir en face de l'attaque de péri-appendicite de forme commune, celle que nous sommes appelés à voir couramment, dans laquelle nous ne trouvons pas encore les signes de péritonite généralisée.

Cette question ne peut être jugée que par la comparaison de statistiques intégrales portant sur des cas comparables.

C'est là ce qui m'autorise à vous apporter les faits que j'ai observés et sur lesquels je vous demande la permission de retenir un instant votre attention.

A la séance du 2 décembre 1896, dans une discussion sur la pathogénie de l'appendicite, je vous avais apporté ma statistique intégrale de l'année, qui comprenait 17 opérations.

Ces 17 opérations étaient réparties de la façon suivante :

5 résections à froid de l'appendice : 5 guérisons.

2 ouvertures de foyers de péritonite enkystée : 2 guérisons.

10 opérations en pleine crise aiguë : 1 mort.

Sur ces 10 derniers cas, j'étais intervenu trois fois pour péritonite diffuse, et deux de ces péritonites guérirent.

A cette époque j'intervenais le plus tôt possible dans toutes les appendicites aiguës, sauf dans les cas très légers.

Depuis lors, j'ai évolué, comme beaucoup d'entre vous, et aujourd'hui je n'interviens guère d'urgence que dans les cas très graves de péritonite septique.

Voici les résultats que m'a donnés cette pratique. Je prends ma statistique intégrale de l'année 1898, pour la comparer à celle que je vous citais de 1896 :

En 1898, j'ai opéré 27 appendicites :

23 résections à froid de l'appendice : 23 guérisons.

2 ouvertures de foyers de péritonite enkystée : 2 guérisons.

2 péritonites généralisées : 1 mort.

Je ne suis intervenu que deux fois d'urgence, dans ces deux derniers cas, poussé par la gravité des symptômes généraux.

Dans le premier cas, c'était un bébé de deux ans et demi qui, au cours d'une broncho-pneumonie grave, avait présenté des signes d'abord peu nets d'appendicite. Lorsque je le vis avec notre collègue, le Dr Béclère, au troisième jour des accidents abdominaux, je n'hésitai pas à faire immédiatement la laparotomie ; je trouvai un appendice perforé, une péritonite suppurée généralisée ; l'enfant succomba trente-six heures après l'opération.

Le second fait offre plus d'intérêt ; il montre les bons résultats que peut parfois donner l'intervention dans des cas en apparence désespérés. Un homme de trente ans, qui avait eu, quelques mois auparavant, une poussée d'appendicite assez sérieuse pour le retenir une vingtaine de jours au lit, fut pris un matin, en prenant le train aux environs de Paris, d'une douleur violente dans le ventre ; il continua cependant son voyage, arriva à Paris, pâle, défaillant, vit un de ses parents, médecin, qui voulut le retenir ; il s'y refusa, reprit le train et rentra chez lui. Je le vis le surlen-

demain dans l'état le plus grave; pas ou presque pas d'élévation de température, très peu de douleur abdominale, pouls misérable qu'on ne pouvait relever depuis la veille que par des injections de caféine; facies péritonéal très accusé et prostration extrême. Je pratiquai sur-le-champ la laparotomie et trouvai une péritonite suppurée diffuse sans traces d'adhérences; l'appendice, perforé, était adhérent par son extrémité au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. Pour évacuer tout le pus libre dans l'abdomen et assurer un très large drainage, je fis une contre-ouverture sur la ligne médiane et, après avoir nettoyé aussi complètement que possible l'abdomen et le petit bassin, je mis dans chacune des incisions une tente de gaze iodoformée avec deux très gros drains. Le pouls se releva au bout de deux jours, et le malade guérit sans incident.

Mais ce sont là des faits sur lesquels nous sommes à peu près tous d'accord; l'intervention immédiate est ici la seule ressource.

Sur les 25 autres cas, en mettant de côté les opérations faites à froid après des crises aiguës plus ou moins graves auxquelles je n'avais pas assisté, je trouve 11 observations dans lesquelles j'ai pu suivre, parfois dès le début, l'évolution des accidents; je me suis toujours attaché à l'observation stricte du traitement aujourd'hui classique : administration régulière de l'opium, application permanente de glace sur le ventre, diète absolue pendant les premiers jours, alimentation lactée après la sédation de la crise aiguë. Dans presque tous les cas, l'amélioration a été assez rapide; un empâtement plus ou moins considérable dans la fosse iliaque a témoigné de la localisation de la péritonite et s'est résorbé progressivement. Deux fois seulement, au bout d'une huitaine de jours, j'ai dû ouvrir une collection de péritonite enkystée qui grossissait malgré le traitement, et dans ces deux cas, je n'ai pu réséquer l'appendice. Chez les autres malades, la résorption du foyer a été complète et j'ai pu enlever, vingt ou trente jours plus tard, l'appendice dans les meilleures conditions. Dans un cas, un foyer pelvien s'était ouvert dans le rectum, mais la persistance d'un mauvais état général m'engagea à enlever l'appendice quinze jours après l'évacuation du foyer. L'opération fut assez laborieuse, car l'appendice adhérait fortement au rectum, et un petit foyer périrectal existait encore dans le fond du petit bassin; mais les suites opératoires furent fort simples.

En résumé, les résultats que j'ai obtenus, soit par l'intervention rapide, soit par la temporisation et le traitement médical, sont sensiblement identiques, et si j'ai pris comme terme de comparaison une statistique de 1896 et celle de 1898, c'est que, dans

ces deux années, j'ai suivi une conduite toute différente. Je n'ai pas eu à regretter d'avoir attendu, pas plus que je n'avais eu à regretter une intervention hâtive.

Ce qui me fait préférer l'expectation, c'est qu'elle permet d'intervenir à froid; et si en pleine crise aiguë, on fait ce que l'on peut; à froid, on fait ce que l'on veut: on est sûr d'enlever l'appendice; la recherche, la décortication de l'appendice sont plus ou moins longues, plus ou moins laborieuses, mais le résultat est toujours satisfaisant et sûr.

Or l'ablation de l'appendice me semble avoir une importance beaucoup plus grande qu'on ne le dit en général.

Il est évident que dans nombre de cas l'appendice profondément altéré, se sclérose après l'évacuation du foyer, se transforme en cordon fibreux, est incapable de réagir à nouveau. Parfois même, il est détruit, sphacélé, et nous le trouvons dans le pus de l'abcès sous forme d'une sorte de lambeau cylindrique, noir, flasque complètement détaché. Cela est rare, et je n'ai observé que deux cas de cette chute spontanée de l'appendice.

Mais la transformation fibreuse, après une poussée aiguë suppurée, n'est pas constante. Elle peut n'être que partielle, et ce qui reste de follicules peut encore s'infecter ou plutôt rester infecté et cette infection latente peut durer fort longtemps, comme l'ont montré les examens bactériologiques. Dans sa thèse très intéressante, Mlle Charlotte von Mayer, élève de M. Roux, de Lausanne, a apporté un nombre important de documents qui montrent la longue persistance de foyers microbiens dans ces débris d'appendice aussi bien que dans les adhérences péri-appendiculaires.

Un certain nombre de cas de récidives d'appendicite après ouverture d'un foyer suppuré vous ont été rapportés. Je vous signale à mon tour ceux que j'ai observés. Sur des malades opérés par moi depuis 1890, j'ai vu cinq fois des poussées nouvelles d'appendicite. Deux de ces malades ont été réopérés par moi, à froid; une autre à Saint-Antoine par M. Finet, alors interne de M. Monod, un autre par M. Cazin, dans le service de M. Duplay.

Chez trois autres malades que j'ai opérés à froid dans le courant de l'année 1898, pour des poussées répétées d'appendicite, un abcès s'était antérieurement ouvert dans l'intestin (deux fois dans la rectum, une fois dans un point indéterminé de l'intestin), ce qui, au point de vue de l'évacuation du foyer, revient à peu près au même.

Je dois ajouter que j'ai en ce moment même, dans mon service, un malade qui a déjà eu à trois reprises des poussées secondaires, après une incision d'abcès iliaque remontant à quatre ans.

Je ferai dans quelques semaines la résection de l'appendice à froid.

Enfin, j'ai opéré l'an dernier une jeune fille dont l'histoire, fort intéressante, montre un type de récidives à très longue échéance.

Mlle V..., 27 ans. En novembre 1882, commence à souffrir du ventre ; Diagnostic : douleurs de croissance.

Les douleurs vont en augmentant, et en février 1883, la malade est obligée de garder le lit; un abcès se développe dans la fosse iliaque droite et reste fistuleux.

Les douleurs, beaucoup moins vives, persistent toujours; en 1887, un long ver sort par la fistule.

Ce n'est qu'en septembre 1889, plus de six ans après l'ouverture de l'abcès, que la fistule se ferme. Deux mois plus tard, en novembre 1889, elle se rouvre encore, mais pour quelques jours seulement, et depuis ce moment la malade est considérée comme guérie, la fistule comme définitivement cicatrisée.

Le 8 avril 1897, la malade est reprise de douleurs dans la fosse iliaque droite, et le 11 avril la fistule se rouvre, après huit ans de guérison apparente, près de quinze ans après le début des accidents.

C'est en novembre 1897 que je vis pour la première fois la malade. La fistule siégeait au milieu d'une cicatrice oblique d'incision iliaque. L'orifice, petit, entouré d'un bourrelet, d'un anneau calleux, laissait sourdre chaque jour un peu de sérosité purulente, quelquefois paraît-il, du pus d'odeur fécale et même des matières, au dire de la malade.

L'exploration du trajet fistuleux avec le stylet ne me donna aucun renseignement précis. Par ce trajet sinueux, le stylet pénétrait jusqu'à une profondeur de 7 à 8 centimètres sans arriver dans une cavité.

Les Drs Canniot et Lemaître essayèrent, sur mon conseil, de dilater ce trajet pour tâcher de découvrir l'orifice profond et de pouvoir par la simple désinfection, obtenir la guérison. Après dilatation à la laminaire, on nettoya, on cautérisa le trajet. L'écoulement purulent diminua, mais ne se tarit point.

Au mois de mars 1898, la malade revint à Paris, toujours dans le même état. La longue durée de la guérison m'avait conduit jusque-là à essayer de ces simples moyens palliatifs. Mais l'état général était mauvais. La malade très nerveuse, très préoccupée par la persistance de cette fistule, avait perdu l'appétit et le sommeil. De plus, elle avait un léger degré d'albuminurie qui parut en rapport avec cette suppuration chronique à M. le professeur Bouchard qui l'examina à ce moment. L'intervention était donc absolument indiquée, et le 23 mars je fis l'opération.

Pensant toujours qu'il s'agissait d'une fistule pyostercorale, je commençai par disséquer le trajet sur la sonde cannelée. Cette dissection fut assez longue et très pénible, au centre de la gangue fibreuse, épaisse, de consistance absolument ligneuse qui englobait tous les plans méconnaissables de la paroi. A 8 centimètres de profondeur

environ, j'arrivai sur une poche renflée qui me parut être la paroi du cæcum adhérent sur une large surface. Je décollai assez loin les adhérences pour bien mobiliser cette paroi et cela sans ouvrir la cavité péritonéale. Ayant alors sectionné perpendiculairement le cylindre fistuleux à 2 centimètres environ de l'intestin, je curettai soigneusement le trajet et son orifice d'abouchement intestinal de façon à détruire complétement la muqueuse qui le tapissait, puis je l'enserrai d'une suture circulaire passée dans la paroi sans pénétrer dans la cavité. Le moignon, bien désinfecté, fut suturé en capiton. La plaie fut réunie laissant un orifice de drainage par lequel une mèche de gaze tamponnait le moignon. Les suites opératoires furent simples. La cavité de drainage se combla régulièrement malgré l'épaisseur de cette couche de tissu fibreux d'aspect tendineux qui en constituait la paroi.

Je gardai quelque temps la malade en observation et, le 15 mai, elle retourna dans son pays semblant complètement guérie.

Le 25 mai, elle éprouva de nouveau des douleurs au niveau de la cicatrice et un nouvel abcès s'ouvrit, la fistule se rétablit. Je me décidai alors à faire une opération plus complète, à ouvrir largement la cavité péritonéale au-dessus du trajet fistuleux pour suturer directement l'intestin.

Après avoir attendu quelques semaines pour intervenir dans les meilleures conditions possibles, je fis, le 23 juin, l'incision de la paroi au-dessus de la cicatrice. Après avoir traversé péniblement une épaisse masse fibreuse, j'ouvris le péritoine et je ne tardai pas à trouver l'appendice long, mais pelotonné sur lui-même, tenant par son extrémité à l'orifice profond de la fistule pariétale.

Après résection de cet appendice et du trajet, je ne pus faire la réunion à cause de l'état de cette paroi ligneuse, et je me contentai, après avoir réduit la plaie par des sutures aux deux extrémités, de faire un tamponnement. La guérison se fit régulièrement et s'est depuis lors bien maintenue.

Je puis vous citer encore les observations de deux malades que je n'ai pas opérés, mais que j'ai eu l'occasion d'examiner.

L'un est un homme d'une cinquantaine d'années, vigoureux, qui a eu de nombreuses poussées d'appendicite et chez qui on a déjà ouvert quatre foyers, toujours dans la cicatrice. Malgré ces quatre abcès, il garde des douleurs dans la fosse iliaque, et la pression détermine une sensibilité tout à fait caractéristique.

L'autre, un enfant de douze ans, avait été opéré d'un abcès péri-appendiculaire. Il semblait guéri lorsqu'un second abcès se développa et s'ouvrit spontanément dans la cicatrice. Celui-ci était à peine fermé qu'un troisième se forma, plus profondément, et détermina une péritonite qui fut opérée ; mais, malgré l'intervention, l'enfant succomba rapidement.

Voilà donc 12 faits dans lesquels une nouvelle poussée d'appen-

dicite est apparue plus ou moins longtemps après la guérison de l'abcès. En général, ces récidives se font assez tôt, au bout d'un ou deux mois, de trois mois, plus rarement de six mois ; mais il est impossible de dire, parce qu'un malade est guéri d'un abcès iliaque depuis deux ou trois ans, qu'il n'aura plus d'appendicite, puisque vous voyez une guérison apparente datant de huit ans, et cela près de quinze ans après le début des accidents, aboutir à la formation d'un nouvel abcès.

On a coutume de dire que ces récidives ne sont pas graves, que l'abcès nouveau s'ouvre dans la cicatrice ; cela est en effet la règle. Mais il peut en être autrement, et le fait que je vous ait cité montre que la nouvelle appendicite peut être tout aussi grave et même plus grave que la première.

L'étude des lésions rencontrées dans ces cas de récidive rend compte de la possibilité de pareils accidents. Sur les trois appendices que j'ai enlevés à froid après abcès iliaques incisés, j'ai trouvé : une fois un appendice oblitéré sur toute sa longueur à partir du cæcum, à l'extrémité adhérente à la paroi, une cavité contenant de la sérosité purulente et communiquant avec la fistule cutanée ; une fois un appendice oblitéré à son origine avec une cavité close allongée, puis une nouvelle oblitération, et enfin une cavité terminale comme dans le cas précédent ; une fois un appendice rétréci à son origine mais perméable dans toute son étendue.

Dans les trois cas où j'ai enlevé à froid l'appendice, après ouverture d'un foyer dans l'intestin, il était perméable, avait encore des lésions de folliculite en pleine évolution.

L'ouverture de l'abcès péri-appendiculaire n'assure donc pas d'une façon constante l'oblitération de l'appendice et par suite la guérison. Aussi, la persistance d'une fistule intermittente, la formation d'un nouvel abcès, ou simplement une douleur iliaque, des troubles digestifs témoignant de la persistance de l'appendicite, me semblent commander une intervention.

Pour conclure, je dirai qu'un des arguments qui me semblent militer le plus en faveur de l'expectation, dans la poussée aiguë d'appendicite, est la possibilité d'opérer à froid, dans des conditions meilleures, avec une grande sécurité et surtout de faire dans ces conditions *la cure radicale de l'appendicite.*

La question de l'éventration ne me paraît pas aussi importante. Il est certain que la reconstitution complète des plans de la paroi permet de l'assurer au mieux contre l'éventration dans l'opération à froid. Mais la fréquence des hernies, dans les cicatrices d'incisions laissées plus ou moins béantes pour le drainage, n'est pas telle qu'on doive trouver là une indication à l'intervention ou à l'abstention en présence d'une appendicite aiguë.

Mais il reste bien entendu que, pour établir et pour continuer ce traitement dit médical, la surveillance doit être pour ainsi dire constante. Au début, la température, surtout le pouls, les vomissements, l'état de l'abdomen, l'état général devront être scrupuleusement observés matin et soir. Tout doit être prêt pour l'opération qui peut se trouver indiquée par une aggravation et alors doit être immédiate. Ce n'est que sous le couvert de cette surveillance constante, exacte, que peut être, je crois, tentée la temporisation. Si elle n'est pas faite dans ces conditions, mieux vaut une opération immédiate qu'une abstention qui peut laisser se généraliser une péritonite, se développer un foyer méconnu.

En somme, il est possible de temporiser et de le faire sans danger, en se plaçant dans de bonnes conditions. Mais il est bien évident qu'on ne saurait faire de cette abstention une règle, que chaque cas particulier comporte des indications, que c'est affaire d'expérience et de tact d'établir ces indications.

M. Kirmisson. — Messieurs, l'insistance avec laquelle le traitement chirurgical des appendicites revient à cette tribune, traduit bien les difficultés pratiques qu'entraîne la question. Je désire me limiter ici au traitement des appendicites aiguës. Sur ce point, comme partout ailleurs en clinique, il faut se garder des conclusions absolues. Sans doute, dans les cas où l'orage du début, la fièvre, avec les vomissements et les douleurs de ventre se calment, dans les cas où toute trace de tuméfaction dans la fosse iliaque disparaît graduellement, où l'état général est satisfaisant, dans les cas, en un mot, où il s'agit d'une appendicite plastique, il n'y a aucune raison pour intervenir. Il vaut beaucoup mieux laisser la résolution se faire spontanément, quitte à pratiquer plus tard une intervention à froid.

Dans les cas au contraire où les phénomènes généraux persistent, où la maladie marche vers la suppuration, il faut intervenir; et ici, deux cas, peuvent se présenter : ou bien la suppuration est localisée, ou elle tend à la diffusion.

La dénomination ancienne d'abcès de la fosse iliaque, encore bien qu'elle soit fausse au point de vue anatomique et que le plus souvent il s'agisse de collections intra-péritonéales, caractérise bien ces cas dans lesquels la suppuration est nettement collectée. On est en présence d'un abcès qu'il convient d'ouvrir, comme on ouvre une collection purulente, en quelque point qu'elle siège, plutôt que de courir les dangers d'une ouverture secondaire dans quelqu'un des viscères ou même dans la cavité péritonéale.

A fortiori, faut-il intervenir si l'inflammation tend à la généralisation ou à la diffusion dans l'intérieur de l'abdomen. Dans ces

cas, les phénomènes du début persistent; l'élévation de la température, la fréquence et la petitesse du pouls, la douleur et le ballonnement du ventre, l'altération des traits, la persistance des vomissements, sont autant de phénomènes qui commandent une prompte intervention.

Mais, à côté des faits très nets que je viens de supposer, il existe des faits d'une interprétation beaucoup plus difficile. Ce sont ces cas d'appendicite à forme septique dans lesquels la gravité du mal est masquée par le peu de gravité apparente des symptômes, et où parfois le chirurgien s'endort dans une fausse quiétude, jusqu'à ce que l'aggravation subite du mal lui force la main; mais à un moment où il est trop tard, et où la diffusion des lésions laisse bien peu de place à la guérison. Aussi n'est-ce pas le cas de dire avec le proverbe : dans le doute, abstiens-toi; mieux vaut dans le doute opérer. On ne regrettera jamais, dans les cas auxquels je fais allusion ici, d'avoir pris le bistouri, tandis qu'en faisant de l'expectation, on s'exposera souvent au regret d'avoir laissé passer le moment favorable.

Et si je prends la parole dans cette discussion, c'est moins pour énoncer les principes que je viens de rappeler et qui sont admis par la majorité de nos collègues, que pour fournir à l'appui de l'intervention dans l'appendicite aiguë la statistique de mon service à l'hôpital Trousseau, pendant le cours de l'année passée. Cette statistique, vous le verrez, parle hautement en faveur de l'intervention.

Les cas d'appendicite aiguë opérés ont été au nombre de 25; 13 avaient trait à des appendicites suppurées avec péritonite localisée; ces 13 cas ont donné 12 guérisons, et 1 mort, cette dernière chez une petite fille de onze ans, ayant souffert pendant longtemps de diarrhée et très émaciée; elle a succombé huit jours après l'opération à une hémorrhagie abondante par la plaie.

Douze cas se rapportent à des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. De ces 12 opérations, 4 ont été faites par moi, les 8 autres par différents chirurgiens du Bureau central. Hélas! quel qu'ait été le nom de l'opérateur, le résultat a toujours été le même; tous ces malades ont succombé. Aussi, si je prends aujourd'hui la parole, c'est pour dire aux médecins traitants et aux familles : envoyez-nous vos malades de bonne heure, dans l'espoir qu'un certain nombre pourront éviter la généralisation de la péritonite et guérir par une opération. Je revois aujourd'hui, en fait d'appendicite, ce que j'ai vu autrefois en 1881 et 1882, dans les premières années de ma pratique comme chirurgien des hôpitaux, touchant les hernies étranglées. Beaucoup d'étranglements herniaires ne nous arrivaient à l'hôpital qu'après 4, 5, ou

8 jours; aussi la mortalité était considérable. Depuis longtemps déjà, cette funeste pratique s'est modifiée; il est nécessaire qu'il en soit ainsi pour l'appendicite, non pas que je pense que toutes les appendicites bien diagnostiquées et convenablement opérées en temps utile arriveront à la guérison.

Je m'associe à cet égard aux réserves faites par M. Tillaux dans la dernière séance. J'espère du moins que si les malades nous étaient adressés dès le début de leur maladie, si surtout on renonçait à l'emploi funeste des purgatifs, le taux de la mortalité, aujourd'hui encore si considérable, pourrait être abaissé.

M. Jalaguier. — Le débat actuel démontre l'impossibilité d'arriver à une formule résumant les indications thérapeutiques dans l'appendicite aiguë. La doctrine si séduisante de l'intervention d'emblée, systématique, aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé, n'est pas acceptable, en pratique. Assurément, l'excision de l'appendice quelques heures après le début des accidents serait une opération tout à fait rationnelle et efficace, et j'ai la conviction que, pratiquée ainsi avant toute infection péritonéale ou générale, elle ne comporterait pas beaucoup plus de dangers que l'excision à froid. Mais, en réalité, on ne peut presque jamais proposer, et, à plus forte raison, pratiquer l'opération dans ces conditions idéales. Or, quand une appendicite évoluant depuis deux ou trois jours tend à se circonscrire, je suis persuadé que l'intervention est plus dangereuse que l'expectation aidée du traitement médical qui tend, aujourd'hui, à devenir classique : diète *absolue*, opium, glace en permanence et immobilité, abstention des purgatifs et des lavements. Cette méthode, que j'étais presque seul à défendre ici, dans la discussion de mars 1892, est, à l'heure actuelle, acceptée par la majorité de nos collègues. Depuis 1892, je l'ai employée, ou vu employer, dans un très grand nombre de cas, et, plus mon expérience s'étend, plus les avantages de cette manière de faire me paraissent incontestables. Depuis un an, j'y ai ajouté, dans beaucoup de cas, l'usage des injections de sérum artificiel, qui relève et soutient les forces du malade en favorisant l'élimination des agents infectieux.

Je n'hésite pas à attribuer à la vulgarisation de cette méthode thérapeutique la diminution du nombre des cas de péritonites généralisées, que plusieurs collègues et moi avons pu constater dans ces derniers temps. Pour ma part, depuis dix-huit mois, je n'ai pas eu l'occasion d'opérer une seule péritonite généralisée tant en ville qu'à l'hôpital. Et cependant, autant je suis partisan de l'expectation en cas d'appendicite avec péritonite circonscrite, autant je suis interventionniste hâtif en cas de péritonite

généralisée. J'ai dit ailleurs (*Traité de chirurgie*, 2e édition, t. VI.) quels me paraissaient être les éléments du diagnostic entre ces deux formes de l'appendicite, et je ne crois pas devoir y revenir ici. Le diagnostic de péritonite généralisée est possible, à mon sens, dans la très grande majorité des cas, sinon tout à fait au début, du moins dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent. Sans doute, ce diagnostic n'est pas infaillible, mais en cas d'hésitation, j'ai pour principe de ne pas m'abstenir.

Est-ce à dire que je conseille d'opérer toujours aussitôt que le diagnostic de péritonite généralisée est évident ou même probable? Il n'en est rien. Dans certains cas, il vaut mieux s'abstenir; c'est lorsque le pouls est petit et rapide, irrégulier, fuyant, avec hypothermie et tendance au collapsus. Tous les malades que j'ai opérés, autrefois, dans ces conditions, ont rapidement succombé. D'autre part, j'ai eu trois fois l'heureuse surprise de voir guérir, après des injections massives de sérum, des enfants que je m'étais refusé à opérer, les jugeant hors d'état de supporter une intervention. On pourra m'objecter qu'il s'agissait peut-être de péritonites circonscrites avec péritonisme intense ou phénomènes d'intoxication générale; c'est possible. Je ferai remarquer cependant que, sur deux de ces malades, j'ai pu constater un épanchement péritonéal abondant occupant presque tout l'hypogastre, et qui s'est complètement résorbé.

Donc, à un point de vue général, je conseille d'opérer aussi rapidement que possible les malades atteints de péritonite généralisée. Pour tous les autres cas d'appendicite, je suis d'avis de retarder l'intervention. Le traitement médical doit être institué avec la dernière rigueur et le malade doit être suivi de près, avec une attention toujours éveillée, pour être opéré aussitôt qu'un indice quelconque viendra révéler la nécessité de l'intervention. J'ai longuement insisté dans le *Traité de chirurgie*, sur les indications qui peuvent surgir au cours d'une appendicite médicalement traitée et qui imposent l'intervention. Je n'ai rien à y changer et il ne me paraît pas utile de les reproduire.

En dehors de la péritonite généralisée, une forme de l'appendicite pour laquelle je suis d'avis de ne pas s'attarder au traitement médical est celle qui est caractérisée par la faible intensité et la disparition soudaine et complète des manifestations locales de l'appendicite tandis que les phénomènes d'infection générale persistent en s'aggravant. J'ai signalé cette forme redoutable dans mon article du *Traité de chirurgie* que je m'excuse de citer encore (t. VI, p. 672 et 681), et je suis convaincu que, après l'échec des injections de sérum, l'excision hâtive de l'appendice est seule capable d'enrayer l'infection.

Je ne parlerai pas des indications de l'opération à froid dans l'appendicite à rechutes, nous sommes tous d'accord. Mais une question plus délicate et sur laquelle les avis sont encore partagés est la nécessité de l'intervention après une première crise. Pour moi, à l'heure actuelle, je conseille sans hésiter l'excision de l'appendice après une seule crise, même s'il ne reste absolument pas de traces palpables de cette crise. C'est que, d'une part, je connais trois cas de mort survenue à la seconde crise, et que, d'autre part, j'ai eu l'occasion d'observer dans ma clientèle trois enfants que j'avais traités pour une première crise terminée par une résolution si complète que j'avais conseillé l'expectation, et qui ont failli mourir de la seconde attaque. Pendant plusieurs jours j'ai regretté amèrement de n'avoir pas poussé à l'opération après la première atteinte. Je parle pour les enfants.

M. Ricard vous disait dans une des dernières séances qu'il n'était pas partisan de l'opération après les petites crises légères, dites « coliques appendiculaires ». Je ne partage pas sa manière de voir. La répétition de petites crises, même insignifiantes, avec douleur précise au point de Mac Burney, me paraît au contraire constituer une indication de premier ordre. Il s'agit là d'appendices chroniquement infectés, libres dans le péritoine, et, par cela même très dangereux.

Quant au procédé opératoire que préconise M. Poirier, je le considère comme un procédé d'exception applicable seulement aux suppurations rétro-cæcales.

La voie de choix pour arriver sur l'appendice, aussi bien dans les opérations à chaud que dans les opérations à froid, est la voie antérieure en ouvrant le péritoine. Pour les opérations à chaud, j'emploie presque toujours l'incision de Roux. Pour les opérations à froid, je passe, en général, par la gaine du muscle grand droit, suivant un procédé que j'ai décrit dans la *Presse médicale*, du 2 février 1897. Je l'ai employé pour la première fois le 13 août 1895 et son but est d'assurer une solidité durable de la cicatrice. J'ouvre la gaine du grand droit que je récline en dedans, puis j'incise la paroi postérieure de la gaine, de cette manière le muscle, lorsqu'il est ramené dans sa situation normale, recouvre et soutient la suture profonde.

J'ai revu la plupart des malades opérés par ce procédé et j'ai pu constater la solidité parfaite de la cicatrice. Chez les enfants, dont la paroi est souple et mince, ce procédé est applicable à presque tous les cas d'appendicite à froid. Je ne l'emploie jamais dans le cas d'appendicite aiguë avec abcès nécessitant un drainage ; je lui préfère l'incision de Roux, qui permet de rester en dehors du cæcum et des anses de l'intestin grêle.

Chez les adultes, dont la paroi est résistante et épaisse, j'adopte cette incision externe, même dans les opérations à froid; j'agis de même chez les enfants, lorsque j'ai assisté à l'évolution d'une appendicite pelvienne ou lorsque le toucher rectal me permet de sentir une masse indurée dans l'excavation.

En résumé, malgré quelques divergences plus apparentes que réelles, je crois que nous sommes bien près de nous entendre sur la question de l'intervention chirurgicale dans les appendicites. Comme je le disais en commençant, il faut renoncer à ramener les indications à une formule concrète; c'est au clinicien de juger, d'après l'examen minutieux du malade, d'après l'ensemble des symptômes, et d'après son expérience, de l'opportunité ou de la non-opportunité d'une opération.

Il n'en reste pas moins certain, malheureusement, que, quoi qu'on puisse dire, et quel que soit le moment auquel on croie devoir intervenir, on aura encore à déplorer quelques cas de mort dans l'appendicite. A ce point de vue, je ne puis que m'associer sans réserves à la protestation du professeur Tillaux contre l'aphorisme retentissant émis récemment à la tribune de l'Académie de médecine.

M. Ricard. — Je me suis mal fait comprendre. Je n'ai pas dit qu'une série de coliques appendiculaires contre-indiquait l'intervention, mais, au contraire, que si une petite attaque était une contre-indication, une série d'attaques exigeait l'opération.

Présentation de malade.

M. Ricard. — Je vous présente un malade auquel j'ai fait la résection du pylore et d'une partie de l'estomac pour un néoplasme, par le procédé de Billroth, première manière. Je trouve ce procédé très simple, très rapide, et il me semble qu'il ne mérite pas la réprobation dont il a été l'objet.

Toutes les fois que, dans un procédé quelconque, on fera des sutures étanches, on réussira. J'ai pu guérir quatre malades auxquels j'ai appliqué ce procédé de Billroth.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Hartmann. — Dans ces dernières séances, on a beaucoup parlé du procédé de Bobroff. Fait-il le capitonnage? Lave-t-il à l'eau salée? Gratte-t-il la poche? Il m'a semblé qu'aucun des orateurs qui ont invoqué son nom n'avait une idée nette de ce que faisait Bobroff. Celui-ci a commencé par injecter dans les cavités kystiques de la glycérine iodoformée, une fois l'hydatide évacuée. Il suturait ensuite complètement l'incision hépatique. Ayant eu une fois des accidents d'intoxication, il résolut d'abandonner l'iodoforme et de laver le sac avec un liquide indifférent, la solution physiologique de chlorure de sodium, laissant toujours une certaine quantité de liquide dans la poche intra-hépatique, dans le but théorique d'éviter des exsudations, qu'il compare à des phénomènes d'endosmose de la bile intra-canaliculaire dans la cavité résultant de l'ablation des hydatides.

Dans ces dernières années, il a simplifié sa technique, et dans son mémoire publié l'an dernier in *Archiv für klin. Chirurgie* (1),

(1) Bobroff (A.-A.), Ueber ein neues Operationsverfahren zur Entfernung von Echinococcus in der Leber und anderen parenchymatösen Bauchorganen, *Archiv für klin. Chir.*, Berlin, t. LVI, p. 819.

il rapporte quatre cas de kyste hydatique du foie dans lesquels il s'est contenté d'évacuer le contenu, d'essuyer avec de la gaze stérilisée, puis de refermer son incision sans lavage ni capitonnage de la poche. Dans un cinquième cas seulement, où la poche friable s'était déchirée et semblait commencer à suppurer, il fit un lavage à l'eau boriquée, puis sutura comme à l'ordinaire son incision hépatique. Les cinq malades ont guéri sans incident.

M. Tuffier. — Au sujet de ce que vient de dire M. Hartmann, je me permettrai de faire remarquer que je fais comme Bobroff, avec cette différence qu'au lieu de laver à l'eau salée, je lave au sublimé, et qu'au lieu de laisser de l'eau salée dans la poche, j'y laisse du sublimé.

M. Hartmann. — M. Tuffier n'a sans doute pas entendu ce que je viens de dire. Bobroff ne traite ainsi que les kystes infectés.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite (Suite).

M. Quénu. — La discussion sur l'appendicite s'est engagée à la suite d'une communication de M. Poirier, intitulée : *Traitement de l'appendicite aiguë*, et dans laquelle se trouve cette proposition : « *Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée, et le plus rapidement possible.* » Plus loin, M. Poirier déclare que lorsqu'on a ouvert le ou les abcès péri-appendiculaires, « *il faut de toute nécessité réséquer l'appendice* »; et plus loin encore, notre collègue affirme que « l'opération, sans gravité par elle-même, ne pourra jamais être nuisible ».

Je m'inscris contre l'absolu de ces propositions, à côté de MM. Brun, Ricard, Broca, Schwartz, Guinard, Reynier, et même de M. Routier qui avance qu'il est difficile d'établir une règle absolue, et qui adopte la formule de M. Reclus, à laquelle je souscris, moi aussi : « se comporter suivant les formes ».

Dans une discussion qui eut lieu, le 17 juillet 1895, à la Société de chirurgie, j'avais, au point de vue des indications opératoires et du choix du mode d'intervention, établi une division de l'appendicite : En appendicite suraiguë ou perforante dès les premières heures;

En appendicite aiguë, mais sans participation générale du péritoine;

En appendicite subaiguë;

En appendicite chronique.

Pour les premières, les *appendicites suraiguës*, nous sommes tous d'accord.

L'opération demeure la seule chance de salut, mais encore faut-il être appelé assez tôt pour ne pas se trouver en présence d'un agonisant.

Les divergences commencent avec les appendicites aiguës et subaiguës. Je ne pense pas qu'il soit juste, comme cela a été fait dans une autre enceinte, de comparer les résultats du traitement médical pur, c'est-à-dire de l'abstention systématique, avec les résultats de l'opération systématique. Entre ces deux outrances, il y a place pour une troisième thérapeutique dans laquelle, dès l'apparition de l'appendicite, on se tient prêt à agir, mais dans laquelle aussi on n'intervient que d'après les indications déterminées.

La difficulté consiste précisément à évaluer le taux de gravité de l'appendicite en face de laquelle on se trouve.

Il est certainement plus simple de tout opérer, et nos adversaires reconnaîtront, j'en suis sûr, qu'en opérant d'emblée tous les cas, même les subaigus, sous prétexte qu'ils peuvent franchir une étape, on favorise par trop sa statistique opératoire.

Cependant, même la question ainsi posée, si on demandait à chacun de nous, aux plus décidés interventionnistes comme aux autres, ses préférences sur le choix d'une opération faite à froid ou en pleine crise, la réponse ne serait pas douteuse ; c'est donc que nous estimons que l'opération faite à chaud comporte une somme de dangers infiniment supérieure à celle de l'opération à froid, dont les aléas sont presque nuls ; ce qu'il faudrait donc évaluer, c'est la différence de gravité entre les deux modes d'intervention afin de l'opposer à la mortalité respective du traitement systématiquement chirurgical et du traitement chirurgical sélectionné.

Tant que cette comparaison n'aura pas été rigoureusement faite, et je n'en méconnais pas les difficultés pratiques, on pourra donner des formules et des chiffres, on n'aura guère fourni d'arguments sérieux à l'intervention systématique.

En présence d'une appendicite franchement aiguë, et surtout si je suis appelé dans les premières quarante-huit heures, j'avoue mes tendances à l'intervention.

A quels signes peut-on reconnaître la gravité présente ou future d'une crise appendiculaire ?

J'accorde, ainsi que la plupart de mes collègues, une plus grande importance au pouls qu'à la température, ayant vu mourir des malades dont la température n'a jamais dépassé 37 ou 37°2. L'arrêt des gaz, l'altération des traits durable, c'est-à-dire non

limitée aux instants où surviennent les coliques, une certaine odeur mauvaise de l'haleine, rappelant un peu l'odeur fécaloïde, sont des signes importants d'une crise grave.

J'en dirai autant de l'agitation et de la répétition incessante des crises douloureuses venant par intervalle arracher des plaintes au malade et accentuer l'altération des traits; mais c'est en explorant le ventre avec méthode qu'on appréciera le mieux les tendances extensives ou non de la péritonite. Il faut palper doucement, en commençant le plus loin possible du foyer, c'est-à-dire dans le flanc gauche, pour s'en rapprocher progressivement et terminer par la constatation du point maximum de douleurs et de contracture.

En présence des signes précédents ou de la plupart d'entre eux, j'opère sans tarder ; c'est ainsi que je suis intervenu dans un cas vingt-six heures et dans un autre cas cinquante-deux heures après le début de l'attaque d'appendicite.

Dans le premier cas, j'avais été mandé à 7 heures du soir auprès d'un enfant de huit ans qui, la veille, à 7 heures du soir, c'est-à-dire juste vingt-quatre heures auparavant, avait été pris de quelques légères coliques. Ces coliques se calmèrent, puis, à minuit, il fut réveillé par des douleurs intenses, devint agité, et je l'opérai deux heures après, c'est-à-dire exactement vingt-six heures après le début des douleurs légères; il existait déjà une demi-cuillerée à café de pus fluide et laiteux ; l'enfant guérit.

Dans le second cas, il s'agit d'un maître d'étude du collège Chaptal, malade seulement depuis cinquante-deux heures et dont le foyer renfermait plus d'une cuillerée à soupe de pus. Le malade guérit. J'ajoute enfin, que j'ai plus de tendance à opérer chez des enfants à qui on a intempestivement administré un purgatif ou du calomel, que chez ceux qu'on a soumis à un traitement médical rigoureux et rationnel, c'est-à-dire à la diète, l'opium à l'intérieur et la glace sur le ventre.

Les indications thérapeutiques sont plus faciles à poser si on est appelé au bout de cinq à six jours. Assez souvent, c'est à cette période que survient la détente, ou bien la situation, loin de s'améliorer, s'est aggravée ; ou bien encore l'état stationnaire, la persistance de l'empâtement et des signes locaux, ne laissent aucun doute sur l'utilité de l'acte opératoire. Celui-ci peut être commandé par d'autres raisons.

Dans un cas, l'an dernier, je suis intervenu chez une jeune fille, malade depuis quinze jours, apyrétique, souffrant peu même à la pression, à ventre très souple en dehors du point tuméfié, et dont le pouls était à peu près normal. Les traits restaient altérés, elle avait un violent dégoût pour toute nourriture, et on sentait

une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. L'incision de celle-ci donna issue à un pus extrêmement fétide et à une concrétion stercorale; ainsi, chez elle, l'état général demeurait mauvais, plus par intoxication d'un foyer putride que par infection.

En résumé, appelé auprès d'une appendicite subaiguë, je temporise après avoir ordonné un traitement médical rigoureux, et je me tiens prêt à agir au premier signe d'aggravation.

En présence d'une appendicite franchement aiguë, et j'ai dit plus haut quels signes la caractérisent à mon sens, j'ai d'autant plus de tendance à intervenir que je suis appelé près du début; d'autant plus de tendance à temporiser que le temps écoulé et l'importance même de l'empâtement m'indiquent une bonne défense locale et une limitation du foyer. J'insiste encore sur ce point : c'est que, dès le début d'une attaque d'appendicite, le chirurgien doit être le premier appelé auprès du malade, et doit le voir deux fois le jour, jusqu'à ce que se produise la détente ou soit décidée l'opération. Je suis, somme toute, plus interventionniste que Jalaguier, un peu moins que Routier.

L'intervention décidée, quel doit en être le mode?

M. Brun est resté fidèle à sa formule de la recherche de l'appendice dans les abcès péri-appendiculaires et M. Potherat se rallie à cette façon de faire, qui est celle que nous a recommandée M. Poirier.

J'ai été heureux, d'autre part, d'entendre M. Broca appuyer le principe que je défends depuis huit ans, à savoir, de ne pas rechercher l'appendice dans un foyer aigu, de ne l'enlever que si on le trouve de suite et sans décollement d'adhérences; j'ai été heureux d'entendre M. Routier lui-même reconnaître que la recherche laborieuse de l'appendice, dans certains foyers purulents, ferait courir de mauvaises chances au malade et qu'il se borne à ouvrir le foyer.

M. Ricard déclare, lui aussi, qu'il ne faut pas trop insister dans la recherche d'un appendice perdu au milieu des fausses membranes et dernièrement, nous entendions les mêmes déclarations à la tribune académique, et dans la bouche de notre collègue M. Chauvel. Je ne fais qu'enregistrer cette évolution sans entrer dans le fond du débat.

Reste enfin une dernière question, celle des indications relatives à la résection de l'appendice à froid.

Au bout de combien d'attaques doit-on conseiller l'opération? Plus de deux, disent les uns; deux, disent les autres; une seule attaque justifie l'intervention, dit M. Guinard. A mon sens, les indications ne dérivent pas seulement du nombre des attaques.

Certes, la répétition d'attaques, mêmes légères, autorise à

intervenir, car un homme ne peut, toute sa vie, avoir à s'occuper de son cæcum; mais proposera-t-on une opération après une seule attaque d'appendicite subaiguë? Je ne pense pas que le radicalisme chirurgical doive aller jusque-là. Au contraire, l'opération est de mise si cette seule attaque a été sérieuse, si l'induration iliaque a été nettement constatée, si l'intensité de la crise permet de supposer que les lésions ont entamé une bonne épaisseur des parois appendiculaires et se sont rapprochées du péritoine.

D'autres éléments cliniques doivent faire pencher en faveur de la résection appendiculaire : c'est la persistance d'un état dyspeptique ou de crises de diarrhée, à la suite d'une première attaque d'appendicite, la persistance d'un état subictérique des conjonctives, etc.

En résumé, je fais entrer en ligne de compte non seulement le nombre des crises, non seulement la persistance d'un signe local dans la fosse iliaque, mais encore la sévérité de la première et unique crise et la persistance d'un état général mauvais, malgré les soins apportés à l'hygiène et à l'alimentation.

M. Tuffier. — C'est la troisième fois depuis six ans, que nous mettons à l'ordre du jour cette question, et nous ne pouvons que nous féliciter du chemin parcouru. Nous combattions autrefois pour rallier à la chirurgie les suppurations péricæcales et les péritonites diffuses dont on me contestait la guérison possible en m'accusant d'optimisme et de complaisance; aujourd'hui l'appendicite nous est livrée tout entière et nous n'avons plus qu'à discuter sur la précocité de notre intervention, précocité que rien ne vient plus entraver. Je crois que nous aurions mauvaise grâce à faire nos seuls efforts responsables de cette complète annexion, et il serait parfaitement injuste et profondément ingrat de ne pas rendre justice à ceux qui nous ont le plus aidés dans cette tâche, et en particulier, le professeur Dieulafoy. Je suis heureux de pouvoir le dire ici en toute liberté d'appréciation.

Si la question du traitement de l'appendicite est si ardue, si difficile à préciser, c'est qu'elle est sous la dépendance uniquement de la *clinique*, c'est que la clinique présente encore de nombreuses inconnues, c'est que le diagnostic complet d'une appendicite n'est pas chose facile. (J'ai vu un de ces cas, où une fièvre typhoïde chez un malade atteint d'une appendicite chronique, fut prise pour une appendicite aiguë). Toute la question thérapeutique réside dans le diagnostic et le pronostic de l'appendicite. Je ne doute pas que, dans l'avenir, nous n'arrivions à isoler des variétés cliniques dans ce groupe et à dissocier des formes d'appendicite aiguë avec un pro-

nostic et un traitement différents, mais actuellement il est impossible à la clinique de reconnaître ces variétés; il est impossible d'étiqueter une gamme de gravité croissante dans ces infections, de prévoir l'évolution de la maladie; en attendant, force nous est de soigner et de sauver nos malades. Aussi, restant au point de vue purement pratique et profitant de cet avantage nouveau de voir et de traiter l'appendicite dès son éclosion, je crois que notre conduite doit être discutée suivant que nous sommes appelés *au début*, *dans le cours* ou *après la terminaison d'une crise appendiculaire*.

Appelé *au début*, *à l'éclosion* d'une appendicite, dès que l'affection est reconnue, je crois que notre devoir est d'intervenir immédiatement, sans aucun délai, avec la même urgence qu'en face d'une hernie étranglée ou d'une perforation de l'intestin. Cette formule était loin d'être la mienne dans les discussions précédentes; et si je la propose aussi nettement, c'est que j'ai vu, suivi et opéré un plus grand nombre de malades, c'est que je pourrais vous développer ici *le long martyrologe des victimes de la temporisation*. J'ai eu trop à reprocher aux autres de n'avoir appelé que trop tard notre assistance, j'ai eu trop à déplorer des hésitations dans ces cas.

Le 29 mars dernier, je voyais un superbe jeune homme de dix-huit ans, soigné par un médecin très distingué, atteint, depuis trois jours, d'une appendicite grave dès son début. Appelé à neuf heures du soir, je l'opérais à minuit; je trouvai un appendice gangrené avec péritonite, et mon malade mourut le lendemain. J'ai vu, en octobre 1897, avec MM. Simon et Carron, une jeune Américaine prise depuis trois jours et intoxiquée profondément. Je l'opérais le cinquième jour; je trouvais une appendicite sans adhérences, pas de lésions péritonéales, ma malade succombait en vingt-quatre heures, aux suites de sa toxhémie. J'ai opéré, à Nîmes, avec mes collègues Reboul et de Rouville, un homme de trente ans, au septième jour, et qui succombait à son intoxication et à son infection. Il y a quelques semaines, on m'apportait à la Pitié, un malheureux jeune homme de dix-huit ans qui, depuis cinq jours, était atteint d'une appendicite et qui, au moment où je le vis, avait cette teinte jaune, ce facies terreux, ce pouls petit, mou, rapide des intoxications profondes, son appendice était gangrené, et il succombait sans que l'intervention pût arrêter les progrès de sa toxi-infection. J'ai vu un homme de quarante ans, atteint, une année auparavant, d'une appendicite et guéri, qui eut une seconde attaque pour laquelle on vint me chercher vingt-six heures après le début des accidents. Je le vis à midi, quand je vins pour l'opérer, à cinq heures, il était froid et mourut à huit heures. Je pourrais prolonger bien longtemps cette triste no-

menclature puisque je relève dans ma statistique depuis 1895, 9 morts par péritonite, et j'ai bien failli perdre ainsi par mes hésitations un petit malade *qui n'a échappé que par miracle à cette temporisation*, Il s'agissait du fils d'un de nos collègues des hôpitaux, un enfant de sept ans que je soignais avec mes amis Guinon et de Gennes. L'appendicite n'était caractérisée que par des crises iliaques atrocement douloureuses avec vomissements et réaction péritonéale; pendant une semaine, nous hésitâmes à intervenir ; le petit malade présentait même des symptômes très curieux. Il ne pouvait uriner, parce que la miction, surtout à la fin, était très douloureuse, et rien, dans son état vésical, n'expliquait ces accidents. Je me décidai à l'opérer au douzième jour, et je trouvai : l'*appendice libre de toute adhérence périphérique*, son extrémité seule, plantée et adhérente au sommet de la vessie, et au milieu de son canal un gros calcul dont le centre était formé par un poil de brosse à dent. A son niveau, *l'appendice gangrené circulairement, la séreuse seule intacte et qui céda à la première traction*. Je n'insiste pas sur le danger qu'a couru cet enfant du fait de notre hésitation qui eût pu lui coûter la vie. Mon collègue Kirmisson vient de vous apporter cette effroyable statistique de *douze enfants* morts de péritonite en une seule année dans son seul service. Je laisse ces épisodes que chacun de nous pourrait multiplier pour entrer dans la *discussion des avantages et des inconvénients de la temporisation au début de la maladie*.

Le seul avantage que votre temporisation poursuive, c'est d'opérer à froid, ce qui veut dire opérer après sa guérison spontanée, la lésion que vous voyez naître. Sur la bénignité de cette opération à froid, nous sommes tous du même avis, c'est l'opération idéale. Mais je vous rappelle que sur un autre point, nous sommes tous du même avis, nous condamnons sans recours à l'ablation, tout appendice coupable d'une seule crise appendiculaire. Ce malade que vous voyez au début est donc irrémédiablement voué à une opération. Eh bien, je prétends que pour satisfaire votre désir immodéré d'opération à froid, vous allez faire courir au patient toutes les chances d'accidents, toutes les chances de complications qui peuvent survenir dans le cours de l'appendicite, et c'est là, à mon avis, une pratique détestable. Si tout marche pour le mieux, voici un malade condamné d'abord à quelques semaines d'immobilisation au lit, mais pendant toute l'évolution de son processus infectieux, peuvent se développer des suppurations iliaques ou à distance, des péritonites suppurées ou diffuses, des accidents toujours de la plus haute gravité, et quand votre malade aura traversé plus ou moins heureusement toutes ces complica-

tions, vous serez toujours conduits au même résultat, *la résection de cet appendice*; au lieu de finir par là, commencez donc par cette éradication puisque, du même coup, vous supprimez toutes les complications. Nous avons tous vu de ces malades rester dans nos services pendant des mois avant que leur suppuration ne tarisse, avant que leurs fistules stercorales ne se ferment et que nous puissions enfin réséquer leur appendice.

Croyez-vous que le danger de l'opération dès le début de la maladie, soit plus grand que celui d'une opération à froid? rien ne le prouve.

Pour trancher la question, il faudrait opposer les résultats de l'opération immédiate à ceux de l'opération à froid. Je suis convaincu qu'ils seront égaux; et je prétends que si une différence existe, elle laissera bien loin derrière elle la mortalité due à ces complications auxquelles vous soumettez volontairement vos malades. J'admets même que vous suiviez d'heure en heure le processus morbide, comme le veulent Jalaguier, Reynier, Brun et que vous opériez assez tôt le malade pour le sauver, croyez-vous qu'il soit indifférent d'opérer un abcès péricæcal ou une appendicite simple? mais les recherches de l'appendice perdu dans une gangue diffuse, sont bien plus laborieuses, les chances d'infection péritonéale sont bien plus nombreuses, l'éventration consécutive est bien plus certaine après ces suppurations prolongées, et les fistules par abandon de l'appendice perforé dans la place, et les fistules bien plus graves par gangrène du cæcum dont j'ai observé deux exemples, ce sont là autant de complications, qui pour ne pas être par trop graves, n'en sont pas moins redoutables et imputables à la temporisation.

Remarquez que *je ne prétends pas du tout que l'appendicite ne puisse s'éteindre et guérir*, bien au contraire, je me suis même demandé comment on pourrait établir le bilan de ces guérisons. Il est un moyen logique de savoir si l'appendicite est aussi grave que nous le croyons, mais sa simplicité ne l'empêche pas d'être laborieuse, c'est pourquoi il a été, ce me semble, trop négligé. Si nous cherchions indistinctement dans toutes les autopsies, l'état de l'appendice, comme je l'ai fait il y a dix ans, pour établir l'anatomie du cæcum, nous verrions bien si ces lésions sont fréquentes, et quelles sont ces lésions. Je sais que les beaux travaux de Cornil et Carnot nous montrent l'appendice se reconstituant après une ouverture, mais les lésions appendiculaires sérieuses laissent des traces indélébiles péri-appendiculaires. J'ai entrepris depuis deux ans ce travail long, pénible et ingrat en collaboration avec mon collègue et ami le professeur Jeanne, de Rouen. Nous avons examiné plus de 200 cadavres et nous en

avons 183 pour lesquels nous possédons l'histoire clinique du malade et le protocole complet de l'autopsie avec étude minutieuse de l'appendice, du cæcum et de tout l'intestin. Nous n'avons pas rencontré un seul fait de calculs de l'appendice, sauf du gros sable dans un cas, et cependant 30 cadavres présentaient des adhérences pathologiques de la région. J'ajoute que sur sept sujets nous avons trouvé des lésions de la muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin, aucun d'eux ne présentait trace de lésion appendiculaire. Si l'appendicite simple peut guérir, les calculs de l'appendice, calculs si graves, sont rares dans les autopsies. Je sais que ces chiffres sont peu nombreux, mais je veux moins vous convaincre en vous les citant que provoquer vos recherches systématiques de l'état de l'appendice dans *toutes* les autopsies. Nous aurons ainsi une base d'appréciation. Il est certain, il est indiscutable de par la clinique, de par l'anatomie pathologique que les lésions appendiculaires peuvent guérir, mais il est non moins certain que les malades sont exposés à des complications d'une gravité telle, que la suppression du foyer malade, suppression immédiate, me paraît s'imposer comme seule capable de mettre à l'abri de ces complications.

Je me suis arrêté longuement à cette discussion de l'opération immédiate, parce qu'elle me paraît primer actuellement toute l'histoire thérapeutique de l'appendicite. J'arrive au second point. Nous sommes appelés, et c'était hier la loi générale, *dans le cours de l'appendicite*. Ici deux cas se présentent. Nous sommes en face d'une phlegmasie *bien localisée*, d'un gâteau dans la fosse iliaque droite. C'est ici que l'expectation armée reprend tous ses droits, que l'étude minutieuse, attentive et quotidienne devra diriger et varier la thérapeutique. Le repos absolu, l'opium, la glace sur la fosse iliaque, le régime lacté, les injections de sérum artificiel, auxquelles je ne crois pas une vertu aussi grande que mon ami Jalaguier, sont de mise, et l'intervention est réservée aux signes de suppuration iliaque, sinon c'est à l'opération à froid que je donne toujours la préférence. Mais là encore, si vous hésitez sur le diagnostic, il faut opérer. Si au contraire, nous sommes appelés en pleine période de *péritonite diffuse*, l'état vraiment moribond du malade m'a fait reculer deux fois; mais, en dehors de ces deux cas, l'intervention me paraît la seule planche de salut, il est certain qu'elle n'est pas large; sur dix opérés, j'ai sept morts. Mais je vois avec plaisir que la guérison de pareilles lésions n'est plus contestée comme elle l'était, lors de mes premières présentations de malades ici même. Tout dépend presque alors de la rapidité de l'intervention, du temps qui sépare

le moment où nous intervenons de celui où s'est faite l'infection généralisée. Je n'ai guéri depuis, que trois de ces malades dont l'intestin baignait dans le liquide sanieux de la fosse iliaque.

L'un était un jeune homme de douze ans qui, pris le matin en jouant au lycée, me fut montré à 8 heures du soir et fut opéré le lendemain. L'appendice calculeux, gangrené, baignait avec l'intestin dans du muco-pus. L'autre, un enfant de sept ans que je vis à Passy au troisième jour de son appendicite, avec tous les signes d'une péritonite généralisée, à 9 heures du soir, je l'opérai à 6 heures du matin, l'abdomen était rempli de pus ; l'appendice gangrené et son calcul furent réséqués ; le troisième était dans un état désespéré et je ne demandais qu'à l'abandonner à lui-même. C'était un enfant de six ans que je vis à Melun avec M. le Dr Signez; il était au quatrième jour d'une appendicite avec ballonnement extrême du ventre, pouls incomptable, facies terreux, adynamie profonde, absence complète d'évacuation et de gaz, vomissements noirs. J'hésitais à intervenir; je l'opérai à 11 heures du soir sur la prière instante de la famille, l'intestin baignait dans un liquide roussâtre, et dans la fosse iliaque l'appendice était gangrené, perforé et calculeux. Je nettoyai l'abdomen, je réséquai l'appendice, le tout aussi rapidement que possible. Ce petit malade après être resté pendant plusieurs jours littéralement mourant finit par guérir complètement. Sur ce point nous sommes d'un avis unanime, mais je suis convaincu que nous verrons de moins en moins ces accidents terribles qui sont imputables à la seule temporisation.

La question du *manuel opératoire* ne m'arrêtera pas longuement. Dans les cas d'*appendicite au début*, comme *dans l'opération à froid* alors que rien dans la fosse iliaque ne m'invite à prendre une direction spéciale, je choisis l'incision sur le bord externe du grand droit, comme Jalaguier et Routier. L'appendice isolé et réséqué à sa base, je le lie à la soie, je détruis la muqueuse déjà écrasée par un clamp ordinaire au thermocautère, puis j'enfouis le tout sous une suture à la Lembert à la soie fine, suture qui prend et plisse les deux bords du cæcum. Je suture la paroi à la soie en étages et je draine chaque fois que l'opération a pu être aseptique. Je n'ai jamais d'éventration dans cette série de faits.

Lorsque la lésion est *suppurée*, je fais l'incision de Roux, je décolle le péritoine pour voir si la collection est sous-péritonéale, ou capable d'être ouverte par cette voie; si j'échoue, j'ouvre délibérément la séreuse et je vais à la recherche du foyer. Plusieurs fois, appendice gangrené et calcul sont sortis avec le pus. L'appendice gangrené, membraneux, mollasse, grisâtre, ressemblait à

une fausse membrane, il pourrait passer inaperçu. Si le malade est dans un état très grave, si je crains de compliquer l'opération par des recherches un peu prolongées, je me contente de drainer, mais je reconnais très volontiers que cette pratique est inférieure à celle qui consiste à réséquer l'appendice et à mettre le malade dans des conditions de guérison bien meilleures et bien plus rapides.

Deux points sont à relever dans les conséquences de ces opérations à chaud : la fréquence des *fistules* et les *éventrations*. Après l'ouverture des abcès appendiculaires, j'ai vu des fistules *purulentes*, *stercorales* ou *pyostercorales*. Dans les deux cas de fistules *purulentes* que j'ai rencontrés, la suppuration était entretenue par l'appendice largement ouvert et perforé; du côté du cæcum il était oblitéré; la résection fut faite dix mois après chez un malade que j'avais opéré à Dubois d'une appendicite suppurée et que mon collègue Chaput me renvoya à la Pitié. L'opération faite au milieu des tissus scléreux est toujours pénible, les vaisseaux iliaques sont menacés, mais la guérison est complète. Les fistules *stercorales* peuvent avoir lieu même après résection de l'appendice à chaud, j'en ai encore un exemple actuellement dans mon service de Lariboisière; mais dans ce dernier cas la fistule est de courte durée, et guérit par le simple régime sec. Elle s'explique facilement; les sutures faites sur des tissus infectés cèdent facilement. Les fistules *stercorales*, *en dehors de ces cas*, reconnaissent une double origine : la perforation appendiculaire, et surtout la *perforation secondaire du cæcum*. J'ai surpris le mécanisme de ces fistules chez deux de mes malades. L'un était un étudiant soigné par mon collègue Gilbert. Au cours de l'intervention, je vis sur le cæcum une plaque grise de sphacèle; une fistule stercorale volumineuse se manifesta, l'intestin vint adhérer à la peau et je dus pratiquer une entérorraphie, au cours de laquelle je trouvai une large perforation cæcale. Chez une autre malade de mon service de la Pitié, opéré d'urgence, sans résection appendiculaire, par l'interne de garde, pour une péritonite purulente, il se fit secondairement une fistule stercorale, véritable anus contre nature, car il ne passait presque rien par le bout inférieur de l'intestin. Je tentai une entérorraphie : ma malade fut prise de véritables accidents d'occlusion aiguë qui ne cédèrent que parce que ma suture lâcha. Le dépérissement provoqué par cet anus était tel que je tentai une nouvelle intervention. Le 15 décembre j'ouvris largement la région, je détachai le cæcum de ses adhérences et je trouvai à sa partie postérieure les débris d'un très long appendice avec un corps étranger qui adhérait au côlon ascendant et le conduisait au-dessus de la fistule stercorale. Il constituait ainsi une oc-

clusion du bord inférieur et expliquait les accidents qui avaient suivi ma première opération. Je le réséquai, je pratiquai l'entérorraphie latérale et ma malade guérit complètement.

Les éventrations ne me paraissent pas rares après les suppurations prolongées; j'ai dû intervenir trois fois en pareils cas. Je crois que la suppuration n'est pas seule et exclusivement responsable, et qu'il faut lui joindre l'atonie des parois abdominales qui prédispose si nettement à toutes les hernies post-opératoires. Je crois ces deux facteurs bien plus importants que le siège plus ou moins élevé de l'incision.

En somme, appelé dès l'éclosion d'une appendicite, l'opération s'impose et la seule difficulté consiste dans le diagnostic ferme de la maladie. Au cours de l'infection, l'état local et l'état général doivent nous guider; La suppuration et la péritonite commandent l'intervention immédiate; seuls les accidents bénins déjà prolongés permettent d'attendre et d'opérer à froid. Mais si la localisation du processus n'est pas bien nette, si une menace quelconque d'accidents péritonéaux se manifeste, il faut intervenir. Quant au manuel opératoire, il ne me paraît pas très discutable : L'incision sur le bord externe du grand droit, quand on opère à froid ou à l'éclosion de la maladie; l'incision iliaque au point maximum de la tuméfaction, et j'en ai opéré un par la région crurale dans le triangle de Scarpa et plusieurs par la voie lombaire; la *résection de l'appendice* chaque fois qu'elle est possible sans délabrements étendus; le drainage, la résection secondaire de l'appendice s'il devient le siège de fistules ou d'accidents douloureux. Telle me paraît la conduite opératoire à tenir dans ces cas.

M. Brun. — Je ne veux en aucune façon revenir sur le fond même de la discussion actuelle et je m'en tiens, au sujet du meilleur mode de traitement de l'appendicite, à l'opinion que j'ai exprimée au mois de juillet dernier. Je désire seulement répondre quelques mots à mon collègue Routier qui, dans sa communication, m'a directement mis en cause. Comme lui, bien entendu, comme M. Potherat et comme tous mes collègues, j'estime qu'il est des cas où l'intervention doit être aussi rapide que possible et je pourrais, à son exemple, citer plusieurs observations où une opération rapidement décidée et immédiatement exécutée m'a permis d'obtenir des guérisons inespérées. Je pense cependant que cette rapidité de l'intervention ne s'impose véritablement que dans les formes d'appendicite septique, et contrairement à ce qui a été à différentes reprises affirmé par le professeur Dieulafoy, j'estime qu'un observateur expérimenté arrive presque toujours à reconnaître ces formes en se basant sur l'examen attentif de la

température et du pouls et sur l'altération profonde du facies contrastant souvent avec le peu d'intensité des phénomènes abdominaux. En dehors de ces cas qui, heureusement, ne sont pas fréquents, je crois fermement qu'il y a avantage à ne pas se hâter et à appliquer tout d'abord le traitement médical par le repos absolu, la diète, l'opium à l'intérieur et la glace en applications locales. Après quelques heures de ce traitement rigoureusement appliqué, il n'est pas rare de voir les accidents les plus alarmants en apparence diminuer graduellement d'intensité, et c'est seulement lorsqu'après vingt-quatre ou quarante-huit heures une détente franche ne s'est pas produite que je me décide à intervenir. Si je pratique et si je recommande une pareille manière de faire, c'est que l'expérience m'a clairement démontré que la réaction péritonéale, si intense qu'elle soit, qui marque le début de l'appendicite aiguë n'a nullement pour corollaire obligé le développement d'une péritonite généralisée. C'est en somme au sujet de l'appréciation pronostique des phénomènes péritonéaux que nous différons d'avis avec quelques-uns de mes collègues, et pour bien marquer, par exemple, la divergence qui existe entre ma manière de voir et celle de mon collègue Routier, je ne puis mieux faire que de rapporter brièvement le fait suivant :

Au mois d'octobre dernier, Routier voyait en ville une fillette de neuf ans qui présentait tous les signes d'une appendicite aiguë : défense musculaire, douleur très vive, température élevée, pouls rapide, suppression absolue des garde-robes et des gaz ; et il concluait à la nécessité d'une intervention. Le jour même, la fillette entrait dans mon service à l'hôpital des Enfants, et comme je diagnostiquai chez elle une appendicite tendant à l'enkystement, le traitement médical lui fut appliqué dans toute sa rigueur Au bout de quarante-huit heures la détente se produisit, et deux mois plus tard je lui pratiquais à froid l'ablation de son appendice, qui était perforé : une boulette fécale était même libre au milieu d'adhérences intestino-épiploïques en un point où très certainement avait existé un abcès. Ma petite malade est aujourd'hui complètement guérie, avec une paroi abdominale solide et à l'abri de toute récidive, puisque son appendice a été en entier réséqué. Je ne crois pas qu'en l'opérant à chaud, Routier fût arrivé à un meilleur résultat. Il aurait cependant trouvé un abcès et un appendice perforé et en aurait sans doute conclu que son intervention était pleinement justifiée. Une semblable conclusion ne saurait être considérée comme exacte, et ce cas, après bien d'autres, me permet d'affirmer que nombre d'appendicites et de péri-appendicites suppurées mais enkystées sont avec le temps et un traitement approprié, susceptibles de résolution. Routier dit,

il est vrai, s'être mal trouvé de s'être une fois rangé à ma manière de voir et il m'invite à partager la responsabilité d'un de ses insuccès. J'accepte d'autant moins de me rendre à cette invitation que n'ayant pas vu le malade en question, je ne puis savoir de quelle façon je me serais comporté dans ce cas et que surtout les détails qui nous ont été fournis par mon ami Routier ne me garantissent nullement que le traitement médical ait été appliqué avec toute la rigueur que j'y apporte. Lorsque j'assume la responsabilité du traitement médical d'une appendicite, je surveille mon malade avec plus d'attention peut-être que je ne le ferais après une intervention. Je le revois matin et soir, et chaque fois je note avec précision sa température, son pouls, l'état de son facies, me tenant prêt au moindre changement défavorable à modifier ma ligne de conduite et à opérer si je le juge convenable. Dans ces conditions, je puis affirmer à mon ami Routier que parmi les nombreux cas d'appendicite que j'ai traités médicalement, jamais je n'ai vu éclater brusquement sous mes yeux les phénomènes de péritonite septique qui me paraissent avoir entraîné la mort de son petit malade.

En terminant, et bien que je n'attache pas en général grande importance aux statistiques, je crois cependant intéressant de vous communiquer les résultats que j'ai obtenus pendant l'année 1898. J'ai, durant cette période, observé et suivi tant à l'hôpital qu'en ville, 59 cas d'appendicite. Douze de ces malades seulement ont été opérés à chaud, soit immédiatement, soit après un essai infructueux de traitement médical. Chez 47, le traitement médical a abouti à la résolution complète de la crise, et je puis vous assurer qu'il ne s'est, dans aucun de ces cas, agi d'améliorations passagères et trompeuses. De mes 59 malades, 8 ont succombé, ce qui donne une proportion d'insuccès de 13 1/2 p. 100, chiffre peu élevé si l'on veut bien réfléchir qu'à trois exceptions près ma statistique ne comprend que des observations d'appendicite chez l'enfant, et que 7 de mes insuccès ont été observés dans des cas de septicémie péritonéale où l'opération était pratiquée en désespoir de cause.

M. Nimier. — J'ai adopté à l'égard de l'appendicite les règles de traitement qui sont actuellement préconisées par la plupart de nos collègues :

L'intervention doit être immédiate quand il existe des signes de péritonite diffuse, d'empâtement net de la fosse iliaque ou d'abcès pelvien.

Lorsque ces indications font défaut et que le sujet peut être surveillé, l'intervention sera retardée afin d'être pratiquée à froid.

Dix appendicites opérées suivant ces règles (3 avec péritonite diffuse, 3 avec abcès iliaque, 1 avec abcès pelvien, 3 à froid) dans mon service ont fourni un seul décès (il s'agissait d'un cas avec péritonite diffuse) et deux éventrations dans deux cas où il avait fallu drainer une poche purulente.

Dans le milieu militaire, une fois passée l'attaque aiguë d'appendicite, l'intervention à froid n'est pas généralement acceptée, et, pour ma part, je ne suis pas convaincu de son absolue nécessité lorsque le malade, étant à sa première atteinte, la résolution paraît complète, c'est-à-dire lorsque, par le palper iliaque et le toucher rectal, l'exploration de la région appendiculaire ne décèle rien, lorsque les fonctions intestinales sont devenues régulières.

D'autre part, si le malade accuse des atteintes antérieures, il y a lieu de s'enquérir minutieusement de ce qu'ont été ces crises, car il me semble que l'on abuse quelque peu du diagnostic « appendicite ». De huit malades qui ont quitté mon service sans avoir été opérés après une crise d'appendicite, aucun n'y est revenu, et, cependant, deux accusaient, l'un deux, l'autre trois atteintes antérieures, qui, du reste, d'après les commémoratifs m'avaient paru douteuses.

Comme traitement médical, j'institue la diète absolue pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis la diète liquide, régimes auxquels vient s'ajouter une injection sous-cutanée de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel. Celui-ci m'a paru pousser avantageusement aux urines et faciliter la venue spontanée d'une selle. Je ne donne pas d'opium. Sur le ventre, au lieu de glace, je me contente d'un enveloppement humide tiède.

M. Chaput. — Dans l'importante discussion que vous avez entamée sur le traitement de l'appendicite, il y a lieu de distinguer quelques points secondaires, et une question capitale, celle du traitement de l'appendicite aiguë, sur laquelle vous n'êtes point d'accord. C'est sur ce second point que je m'arrêterai plus longuement.

Permettez-moi auparavant de vous donner mon opinion sur les questions d'ordre secondaire.

J'ai adopté, comme la majorité d'entre vous, l'incision latérale de Max Schüller, tant pour les cas aigus que pour les opérations à froid.

Lorsque, par cette incision, je constate l'absence de lésions intra-péritonéales, avec suppuration rétro-cæcale probable, je décolle le péritoine à partir de l'angle inférieur de la plaie et je remonte peu à peu entre la fosse iliaque et le cæcum, jusqu'à ce que j'aie donné issue au pus.

J'ai signalé bien avant M. Poirier le procédé *a posteriori* dans un article que j'ai publié en 1890 dans le *Journal des Praticiens*.

L'éventration ne s'est montrée que rarement chez mes malades. J'en ai opéré deux cas consécutifs à des opérations à chaud avec large drainage et suppuration de la paroi, inoculée par un pus très virulent.

Je n'ai point observé l'éventration dans les cas aigus traités sans drainage.

Je me rallie à l'opinion de la majorité relativement à la bénignité des opérations à froid. Sur 11 cas, j'ai eu 11 guérisons.

Cette bénignité ne me décide nullement à laisser refroidir les appendicites, car j'ai une statistique aussi satisfaisante pour les opérations à chaud. J'y reviendrai du reste tout à l'heure.

L'accord n'est pas fait parmi vous sur la question de savoir si on doit opérer un malade après une seule poussée d'appendicite suivie de résolution complète en apparence.

A mon avis, la question mérite d'être résolue diversement selon les cas particuliers.

En effet, si le malade peut rester à portée des secours chirurgicaux, s'il a un bon régime, je ne vois pas la nécessité d'opérer, afin d'empêcher une récidive qui ne surviendra peut-être jamais.

Au contraire, si le malade voyage, s'éloigne des chirurgiens, s'il ne peut ou ne veut pas modifier son régime, il devient indispensable de l'opérer le plus tôt possible.

Le régime que je conseille en pareille circonstance consiste à s'abstenir de vin, de liqueurs, de boissons glacées, de gibier, viandes faisandées, aliments conservés ou fermentés. Il faut éviter de manger avec excès, ne pas s'exposer aux refroidissements ni aux fatigues et ne pas faire d'efforts violents.

J'arrive maintenant au traitement de l'appendicite aiguë.

Les opérateurs se divisent en deux catégories bien tranchées; les uns, avec MM. Dieulafoy, Reclus, Poirier, Potherat, Tuffier, déclarent que « sous toutes ses formes, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible » on peut les qualifier de radicaux; les autres, opportunistes, parmi lesquels MM. Brun, Routier, Ricard, Broca, Schwartz, Guinard, Reynier, Lejars, Walther, Jalaguier, sont d'avis de laisser refroidir certains cas.

Autant l'accord est ferme dans le premier camp, autant il y a de division dans le clan des opportunistes.

La majorité des orateurs précédents est d'avis d'opérer les cas de péritonite avérée, et ceux dans lesquels la suppuration n'est pas douteuse. Cependant M. Reynier voudrait soutenir que l'expectation lui a donné de meilleurs résultats que l'opération immédiate dans la péritonite généralisée avec hypothermie. Je lui

ferai observer qu'on pourrait réchauffer rapidement les malades avec la caféine et les injections intra-veineuses de sérum, opérer aussitôt et gagner ainsi un temps précieux.

C'est surtout pour les cas qui ne répondent ni à la péritonite étendue ni à l'abcès avéré, pour les cas de moyenne intensité, comme le dit M. Ricard, que les avis sont partagés.

En effet, il est difficile de dire à quels symptômes on reconnaîtra sûrement qu'un cas moyen doit se transformer en un cas grave. M. Routier considère comme indications opératoires le retentissement péritonéal, la défense musculaire, le pouls rapide, l'arrêt des gaz, la température élevée, les frissons.

D'autre part, M. Schwartz attend même lorsqu'apparaissent des signes de péritonite localisée. M. Guinard incise les abcès et les indurations de la fosse iliaque. M. Lejars intervient dans tous les cas aigus qui n'ont pas des caractères franchement inflammatoires. Enfin, M. Brun et la plupart des autres orateurs se basent sur l'aggravation ou l'amélioration qui suivent l'institution du traitement médical rationnel.

Au total, ces divergences recouvrent un désaccord profond, et la conviction est loin d'être formelle dans toutes les consciences, puisque M. Routier écrit qu'il a bien souvent regretté d'avoir opéré trop tard, mais qu'il n'a jamais regretté d'avoir opéré trop tôt.

D'autre part, M. Lejars trahit l'inquiétude de son âme en disant « qu'il faut être conscient des responsabilités qu'on assume à laisser refroidir certaines appendicites ».

Je n'hésite pas à déclarer que l'opération systématique, dans tous les cas aigus, est seule rationnelle et logique, et qu'elle est seule capable d'assurer la guérison, tandis que l'expectation ne peut que compromettre la vie des malades dans un nombre relativement considérable de cas.

Personne ne discute plus sur la nécessité d'opérer d'urgence les péritonites avérées ; il en est de même pour les abcès non douteux.

On m'accordera aussi, je pense, malgré mon collègue M. Schwartz, qu'il est imprudent de laisser sans les ouvrir les foyers de péritonite localisée.

Je réclamerai enfin, avec M. Guinard, le droit imprescriptible d'inciser toutes les fois qu'il y a un *gâteau*, un empâtement net dans la fosse iliaque. Enfin je me rallierai également à M. Lejars, qui est décidé à opérer les appendicites qui s'accompagnent d'un mauvais état général avec des signes d'empoisonnement septique. Mais je pense aller plus loin que tous nos collègues réunis en soutenant qu'il faut opérer même les cas bénins, avec légère induration, même les cas sans induration, quel que soit l'état général.

A l'appui de mon opinion, je donnerai quelques exemples typiques.

Au mois de novembre dernier, j'étais appelé auprès d'une jeune étrangère qui avait eu un an auparavant une attaque d'appendicite ayant guéri facilement par le traitement médical. Depuis huit jours, elle éprouvait quelques douleurs dans la fosse iliaque avec de la constipation ; les douleurs étaient devenues plus intenses depuis deux jours. Au moment où je la vis, elle avait un état général excellent ; un pouls à 110, la température à 38 degrés. Elle ne présentait pas de ballonnement, ni de vomissements ni nausées ; il existait dans la fosse iliaque une douleur vive au point de Mac Burney sans empâtement manifeste. Je proposai une intervention que MM. Dieulafoy et Widal approuvèrent, en insistant sur les dangers qu'une grossesse ultérieure pourrait faire courir à la malade. L'opération révéla l'existence d'un appendice extrêmement long, mesurant 12 centimètres, remonté en dedans du cæcum et fixé à son extrémité libre par des adhérences. Vers son extrémité terminale, l'appendice était renflé en battant de cloche, avec un diamètre de 1 cent. 1/2 environ, et très tendu. Après en avoir fait l'ablation, je l'ouvris et pus constater que la partie dilatée était séparée du reste de l'organe par un rétrécissement très serré ; l'ampoule elle-même était remplie de matières fécales mélangées de muco-pus et la muqueuse était fortement enflammée.

La malade guérit sans la moindre élévation de température, et quelques semaines après, je diagnostiquai une grossesse au début.

Il est bien certain qu'une ampoule surdistendue par des sécrétions virulentes ne pouvant se vider dans le cæcum était destinée à s'ouvrir dans le péritoine à brève échéance, et je crois que l'opération à chaud a réalisé la guérison à moins de risques qu'une opération tardive.

Autre exemple encore plus démonstratif : une jeune fille de dix-neuf ans habitant la province fut prise, en juillet dernier, d'une seconde attaque d'appendicite d'apparence tout à fait bénigne ; elle vint me consulter à Paris, et je constatai, aussitôt son arrivée, après un long voyage en chemin de fer, l'existence d'un léger empâtement de la fosse iliaque, sans le moindre retentissement péritonéal. Facies calme, température au-dessous de 38 degrés, pouls à 100.

Le Dr Siredey appelé en consultation conseilla l'opération à froid. Le professeur Dieulafoy, qui vint ensuite, fut d'avis d'intervenir rapidement.

Avec des symptômes aussi bénins, la plupart d'entre vous n'auraient certainement pas opéré immédiatement. Je crois qu'ils auraient eu tort, car je trouvai un appendice énorme, du volume

du pouce, remonté derrière le cæcum, lui adhérant largement. Lorsque je l'eus disséqué, je constatai que les parois cæcales, très friables, étaient largement perforées sur une longueur de plusieurs centimètres.

Je réparai cette brèche par une suture soignée à deux étages. La malade guérit sans la moindre complication et je trouvai dans l'appendice un énorme calcul.

J'en prends tous mes collègues à témoin : que pouvait devenir une pareille lésion? La résolution était impossible; la perforation de l'appendice et celle du cæcum étaient inévitables avec péritonite probable et fistule stercorale certaine. L'opération immédiate a sauvé cette malade des plus redoutables complications et probablement de la mort.

Vous citerai-je encore le cas d'un malade de mon service entré pour une orchite blennorragique, qui fut pris subitement un soir de douleurs violentes du ventre avec vomissements et température élevée?

Je l'examinai le lendemain, douze heures après le début des accidents, je diagnostiquai appendicite avec péritonite et l'opérai immédiatement. Je trouvai une péritonite généralisée au début, caractérisée par une infection intense des intestins, sans pus ni membranes; l'appendice n'était ni perforé ni gangrené, il présentait seulement des lésions muqueuses.

Je suis convaincu que l'expectation aurait laissé évoluer la péritonite et que mon intervention a presque certainement sauvé la vie du malade.

Je pourrais vous citer dix autres observations personnelles ayant la même valeur que les précédentes, je ne m'en abstiens que pour ne pas abuser de votre patience.

Un point me paraît surtout hors de doute, c'est l'urgence absolue de l'intervention, toutes les fois que l'on constate un seul des symptômes suivants: nausées, vomissements, ballonnement du ventre, pouls petit et rapide. Quelque rapproché que soit le début des accidents, vous avez le droit de soupçonner la péritonite et le devoir d'opérer immédiatement.

La symptomatologie de la péritonite est souvent très atténuée.

J'ai vu, ces jours derniers, un malade présentant un peu de ballonnement du ventre avec un pouls à 110 et une température à 37°5, qui avait eu deux vomissements verts dans la nuit. Mes élèves ne pouvaient croire à une péritonite : je l'opérai d'urgence et constatai une péritonite purulente généralisée qui fut suivie de mort.

Il faut d'autant plus se hâter quand il y a le moindre retentissement péritonéal, que la suppuration de la grande séreuse se fait

souvent avec une rapidité invraisemblable; je rappellerai, à ce propos, les observations de mon collègue Potherat qui, après douze, vingt-quatre, trente-six heures, trouve du pus dans tout le ventre, opère et guérit. Je demanderai aux opportunistes de l'appendicite, si l'expectation, si courte qu'elle eût pu être, n'eût pas aggravé considérablement l'état de ces malades.

Quelques-uns de nos collègues considèrent l'existence d'un gâteau, d'un empâtement comme une indication opératoire formelle. Je dirai plutôt que ce sont les cas qui supporteraient le mieux l'expectation puisque les adhérences sont faites et protègent la grande séreuse.

A côté des cas avec retentissement péritonéal qui réclament l'intervention avec le plus d'urgence, je placerai ceux où l'on ne constate pas de tumeur locale dans la fosse iliaque ; ceci indique qu'il n'y a aucune adhérence, aucune tendance à l'enkystement, ou bien que l'appendice peut se trouver transporté dans des régions éloignées de la fosse iliaque.

La péritonite est alors gravement à redouter et il convient de la prévenir par une opération immédiate.

En dehors de ces deux catégories de faits: appendicite avec retentissement péritonéal, et appendicites sans tumeurs dans lesquelles l'opération doit être pratiquée dans l'espace de quelques heures, en dehors de ces cas, j'interviens également, mais sans autant de hâte, je prends mes aises, et je remets, à l'occasion, l'opération au lendemain; je crois cependant qu'il vaut mieux attendre le moins possible.

Les partisans de l'opération à froid nous donnent comme argument que cette intervention fournit une statistique bien meilleure que les opérations à chaud. Rien d'étonnant à cela puisque tous les cas mortels se trouvent éliminés par ce seul fait qu'on attend quelques semaines avant d'opérer. Mais combien la statistique se retournerait contre les opportunistes s'ils donnaient, avec les cas à froid, ceux opérés à chaud après expectation préalable, et dans lesquels l'expectation a fortement aggravé l'état du malade !

Quand un malade commence une péritonite, qu'on le met en expectation pendant vingt-quatre heures et qu'on l'opère ensuite parce que les symptômes se sont caractérisés, croyez-vous qu'on n'a pas gravement compromis la vie du patient ? Qu'en pensent MM. Routier et Brun, qui ont eu le chagrin d'avoir trop attendu, l'un pour le concierge de Necker, l'autre, pour quatre malades dont il nous a parlé ?

Les cas de Guinard, de Pauchet, qui ont vu des poussées suraiguës sur des malades en convalescence d'une attaque antérieure, ne sont-ils pas pour nous faire réfléchir ?

A propos de la jeune fille dont j'ai parlé plus haut, je me faisais cette réflexion, qu'en conseillant l'expectation, on aboutissait en tous cas à des conclusions également fâcheuses. Il était question en effet d'attendre pour l'instant, avec la perspective d'opérer plus tard, soit à chaud si les symptômes devenaient plus graves, soit à froid, si l'affection paraissait devoir guérir. — N'était-il pas évident qu'en cas d'aggravation, l'opération devenait beaucoup plus sérieuse, et qu'en cas de résolution, elle risquait d'être inutile si la résolution était complète? En outre, il fallait condamner cette malade au lit pendant un temps fort long, et lorsqu'après six semaines elle se serait vue guérie, c'est alors qu'on l'aurait opérée et condamnée à un nouveau séjour au lit d'un mois?

Comment faire admettre à des personnes non familiarisées avec les idées médicales le raisonnement suivant : « Vous venez d'avoir une appendicite ; tant que l'affection a été grave et dangereuse, nous nous sommes abstenus d'y porter remède par une opération sans gravité par elle-même ; mais maintenant que vous êtes guéri, nous allons vous faire une opération qui a quelques chances d'être absolument inutile. »

Pour que l'expectation fût légitime, il faudrait établir qu'elle n'aggrave pas la situation des malades et que l'opération à froid est notablement plus bénigne que l'opération à chaud.

Or, il est indéniable que l'expectation aggrave les péritonites généralisées, les péritonites localisées, les appendicites en instance de perforation, non protégées par des adhérences, et les appendicites avec abcès.

J'ajouterai que j'ai observé de nombreux cas d'appendicite sans gangrène ni perforation, s'accompagnant de péritonite généralisée. Donc les appendicites muqueuses sans perforation peuvent être aggravées aussi sérieusement par l'expectation.

Tant que vous n'aurez pas fait le diagnostic exact de la lésion appendiculaire, tant que vous n'aurez pas établi avec une certitude infaillible l'évolution ultérieure d'une appendicite, vous n'aurez pas le droit de laisser la lésion grandir, et, si vous le faites, vous vous chargez d'une lourde responsabilité. Rappelez-vous le mot de M. Lejars : « Il faut être conscient des responsabilités que l'on assume à laisser refroidir certaines appendicites. »

L'argument de la bénignité de l'opération à froid se trouve sérieusement entamé si l'on fait entrer dans la statistique les cas qu'on a laissé attendre et qu'il a fallu opérer d'urgence dans des conditions infiniment plus mauvaises. Mais mettons les choses au mieux ; prenons une statistique globale d'opérations à chaud, comparons-la aux opérations à froid et voyons ce qu'elle donne.

Ma statistique personnelle se compose de vingt opérations à chaud avec vingt guérisons. L'appendice n'a pas été trouvé dans quatre cas qui n'ont pas récidivé; jamais je n'ai observé de fistule stercorale consécutive à l'opération à chaud.

Donc, l'opération à chaud n'a aucune gravité, et l'inoculation du péritoine par un pus virulent n'est qu'un vain mot, un pur roman; M. Routier, d'ailleurs, vous l'a dit déjà.

Mais continuons l'examen de ma statistique, elle va encore nous fournir des renseignements intéressants.

J'ai opéré dix-sept péritonites purulentes absolument généralisées; ces dix-sept malades sont morts. Je pense que l'expectation ne les eût pas sauvés davantage.

En revanche, j'ai parmi les vingt cas cités plus haut huit cas de péritonites généralisées au début, sans pus, ou purulentes localisées, avec du pus entre les anses ou dans le Douglas; ces huit cas ont guéri. Penserez-vous qu'une expectation de vingt-quatre ou quarante-huit heures n'eût pas aggravé considérablement l'état de ces malades?

J'ai toujours opéré à bref délai toutes les appendicites que j'ai observées; aussi n'ai-je pas eu, comme d'autres, la douleur de perdre des malades pour avoir trop attendu.

Je conclus en disant, comme M. Poirier, que toute appendicite aiguë doit être opérée, et je motive mon opinion en disant: le plus tôt possible, parce que le diagnostic exact des lésions est impossible, parce que le pronostic ne peut être posé avec certitude, parce que l'attente aggrave les lésions, parce que l'opération précoce est aussi complètement innocente que l'opération à froid, parce qu'elle seule peut sauver des malades que l'expectation tuerait à coup sûr.

Je ne terminerai pas ce court travail sans rappeler l'influence considérable qu'ont eue les communications de M. Dieulafoy sur l'évolution de la thérapeutique chirurgicale de l'appendicite. Il a orienté les chirurgiens, les médecins, le public vers l'opération précoce, pour le plus grand bien des malades. Avant lui, les familles considéraient le chirurgien comme un bourreau venant achever les moribonds. Grâce à lui, on nous reçoit maintenant comme des sauveurs, et nous sommes tels toutes les fois qu'il n'existe pas des lésions irrémédiables.

J'estime donc que, pour toutes ces raisons, M. Dieulafoy a bien mérité de la chirurgie.

M. Pozzi. — Je prie M. Chaput de me compter au nombre des radicaux parmi les interventionnistes dans l'appendicite aiguë,

conformément, du reste, à la communication que j'ai faite, il y a deux ans, à l'Académie de médecine.

Communication.

La résection dans la tuberculose du coude,

par M. OLLIER.

La constatation des résultats opératoires anciens est toujours très intéressante. Je vous présente une résection du 17 juin 1870, pour tuberculose du coude. J'enlevai 65 millimètres d'os.

45 millimètres sur l'humérus, tous les renflements, par conséquent, avaient disparu.

45 millimètres du cubitus à partir de l'olécrane.

19 millimètres, sauf l'olécrane.

Du radius, longueur à peu près égale.

Ce malade dont l'observation est dans mon *Traité des résections*, avait récupéré une articulation solide latéralement; la flexion était complète ; l'extension aussi, ce qui est rare.

Il était tellement vigoureux qu'il portait 17 kilos du côté opéré et 20 kilos du côté sain. Il gagnait 6 francs par jour tandis que ses camarades n'en gagnaient que 5, donc résultat excellent. Voici comment était constituée cette néarthrose.

Le coude opéré a un diamètre bicondylien plus large, 76 millimètres au lieu de 75 qu'a le coude sain. L'olécrane est plus irrégulier, plus épais que du côté sain, il s'y insère un vigoureux triceps.

Voici comment j'eus l'occasion de pratiquer son autopsie.

En juin 1898, il se plaignit de douleurs violentes dans les reins, je crus à une tuberculose des vertèbres; il avait un néoplasme cancéreux, alvéolaire, des 2e et 3e vertèbres lombaires.

Ceci est un fait remarquable, car il avait eu des retours de tuberculose sur les poumons. Je le fis entrer dans mon service, il succomba bientôt et je fis son autopsie.

Cette pièce est intéressante, elle montre combien est bonne cette opération de la résection du coude.

Les muscles s'inséraient à leur place normale. Je veux surtout parler du triceps et du brachial antérieur. Celui-ci sur une apophyse coronoïde de nouvelle formation.

Cette articulation réalisait le type physiologique.

Il y avait une loge, unique, un ménisque inter-huméro-cubital, je ne puis affirmer qu'il y eût une synoviale.

Les moyens d'union étaient les vestiges des ligaments et de la capsule que j'avais conservés lors de l'opération ; c'était un ginglyme absolu.

Le tissu osseux nouveau se confond avec l'ancien.

J'insiste sur la persistance des résultats obtenus; je vous citerais encore une opérée de trente-cinq ans qui continue à gagner sa vie; ces néarthroses, cependant, s'enraidissent un peu en vieillissant.

Présentation de malades.

Adhérence de l'estomac au foie. Gastrorrhaphie. Gastro-entéro-anastomose. Guérison.

M. Routier. — La malade que j'ai l'honneur de présenter est âgée de trente-cinq ans et on peut dire qu'elle souffre de l'estomac depuis quinze ans environ.

Déjà, à cette époque, elle avait non seulement la digestion pénible et laborieuse, des éructations, mais encore elle ressentit une douleur épigastrique très vive, avec point xyphoïdien et point rachidien.

Améliorée, mais jamais guérie, elle a souffert beaucoup plus depuis six mois; depuis août 1898, ses règles se sont supprimées.

L'appétit est conservé, malgré des vomissements alimentaires qui surviennent trois et quatre fois par semaine et qui depuis deux ou trois mois sont devenus plus fréquents.

Dans ces vomissements, on trouve des aliments ingérés la veille et même l'avant-veille.

Elle n'a jamais eu d'hématémèse, mais le mélœna est fréquent.

Depuis plusieurs semaines, elle a tous les matins des vomissements aqueux, le mélœna est presque continu; elle est très amaigrie, cependant, elle n'est pas cachectique.

Disons en passant qu'elle est morphinomane.

La palpation de l'abdomen pratiquée à plusieurs reprises, avec toutes les précautions possibles, ne m'a pas permis de sentir nettement une tumeur, les muscles droits se contractant très facilement à la moindre pression, cependant une ou deux fois j'ai cru sentir une induration dans la région pylorique.

L'estomac est très dilaté et clapotant.

Le 12 janvier 1899, j'ai pratiqué à cette malade une laparotomie qui m'a permis de voir que son estomac très dilaté, mais sain d'apparence, était adhérent par une partie de sa petite courbure à la face inférieure du foie.

J'ai détruit cette adhérence, qui a laissé d'une part, une surface grisâtre d'apparence fibreuse, d'une dimension d'une pièce de cinq francs sur la face inférieure du foie, mais qui, d'autre part, m'a laissé un estomac portant sur sa petite courbure un trou plus grand qu'une pièce de cinq francs.

J'ai très malaisément fermé ce trou par des points de soie séparés, à double étage autant que j'ai pu les placer, car la partie à recoudre n'était pas du tout mobile et j'opérais très profondément.

Les bords de ce trou, sains du côté séreux, étaient épaissis, granuleux du côté muqueux ; l'aspect à la vue et au toucher était celui d'une hypertrophie plutôt que celui d'un néoplasme.

Cependant, comme cet état mamelonné, dur, se poursuivait vers le pylore, comme ses vomissements augmentaient de fréquence, j'ai cru devoir faire quelque chose contre cette sténose pylorique, et j'ai de suite pratiqué une gastro-entéro-anastomose antérieure avec l'aide du bouton de Murphy.

Par mesure de précaution, j'ai placé deux gros drains et deux grosses mèches entre le foie et l'estomac, mais ma suture s'est trouvée étanche, et bientôt j'ai pu retirer drains et mèches.

Tout de suite la malade s'est trouvée mieux : elle n'a plus vomi ; mais comme j'avais donné des ordres sévères dans le service pour la sevrer de morphine, elle m'a quitté malgré mes conseils, dès le 31 janvier, dix-huit jours après l'intervention ; elle continue à aller parfaitement.

Résection de 30 centimètres de muqueuse pour un prolapsus du rectum.

M. Delorme. — J'ai l'honneur de vous présenter un intéressant malade chez lequel j'ai, il y a trois mois et demi (laps de temps durant lequel on observe d'ordinaire des récidives), pratiqué l'ablation d'un *manchon muqueux* de *30 centimètres* pour prolapsus rectal total.

Je tiens seulement aujourd'hui à vous faire constater le résultat obtenu : muqueuse bien réunie à la peau, sans cicatrice, absence d'issue nouvelle de muqueuse pendant les efforts de défécation, sphincter très résistant.

Je compte revenir bientôt sur l'histoire de ce malade à propos d'un autre malade chez lequel j'ai réséqué *80 centimètres de manchon muqueux*, et faire une incursion dans le terrain de l'anatomie pathologique de cette affection.

Contusion de l'abdomen. Déchirure du foie. Cœliotomie. Tamponnement de la déchirure. Guérison.

M. Hartmann. — Le malade que je vous présente est une victime de l'éboulement de maison qui eut lieu le 10 décembre dernier, rue des Apennins. Pendant les premières heures, un certain nombre de blessés présentèrent des contractures occupant diverses régions, l'abdomen comme les membres. Quatre heures après l'accident, un seul des dix-huit blessés entrés présentait de la contracture nette des parois abdominales. *En présence de cette contracture*, et bien que le malade fût dans un état comateux résultant d'une fracture du crâne, nous conformant à ce que nous avons dit il y a quelques mois, nous avons fait une laparotomie.

Il y avait une hémorragie provenant d'une déchirure de la face inférieure du foie, siégeant immédiatement à droite de la vésicule. La suture nous semblant difficile, nous tamponnons la déchirure hépatique avec de la gaze stérilisée. L'hémorragie étant arrêtée par ce moyen, nous refermons le reste de l'incision. Le malade guérit après avoir présenté du dixième au quinzième jour un écoulement biliaire assez abondant.

M. Ricard. — Quelle quantité de sang y avait-il dans l'abdomen ?

M. Hartmann. — Je ne saurais le dire exactement.

M. Pozzi. — Notre regretté collègue M. Socin se proposait de vous présenter un cas de plaie du foie par coup de couteau avec hémorragie qu'il parvint à arrêter, sauvant ainsi son malade. Il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de couteau, et qui, apporté dans l'hôpital de Bâle au moment de l'accident, fut immédiatement laparotomisé par M. Socin. Celui-ci, pendant que son aide préparait de quoi continuer l'opération, comprima le foie, qui était largement sectionné, entre ses deux mains pour faire l'hémostase, qu'assura ensuite une suture, et le malade guérit.

M. Ricard. — Je rappelle que j'ai présenté un cas analogue à la Société de chirurgie.

Obstruction partielle de l'intestin (côlon transverse) par brides d'origine épiploïque (épiploïte plastique) chez un homme ayant subi la cure radicale d'une hernie inguinale.

M. Ch. Monod. — Le malade, homme de vingt-huit ans, que je vous présente, a été atteint, à la suite d'une cure radicale de hernie, d'accidents que je crois d'une extrême rareté, dont je ne connais pas du moins d'exemple, et qui méritent, en raison de cette rareté même, d'être signalés à votre attention.

La hernie était inguinale gauche. Elle fut opérée, dans mon service, à Saint-Antoine, en mon absence, pendant les vacances dernières, le 13 septembre 1898. L'opération avait été sans incidents. Le seul point à noter est que l'on dut réséquer un large fragment d'épiploon attiré au dehors à cet effet. Les suites de l'intervention furent normales. Le malade sortait un mois plus tard, complètement guéri en apparence.

Mais au bout d'une quinzaine, il se représentait à l'hôpital, racontant que depuis huit à dix jours il souffrait du ventre. Ce n'avait d'abord été qu'un point de côté, dans le flanc gauche, avec irradiations dans tout l'abdomen; puis une douleur beaucoup plus vive, toujours à gauche, gagnant le ventre, retentissant jusque dans les bourses, remontant parfois à l'épaule; la douleur est telle par moments que le malade, pour se soulager, est obligé de se courber en deux; elle n'est pas continue; elle revient par crises, durant de dix à quinze minutes, se reproduisant plusieurs fois dans la journée, sans cause appréciable, à intervalles irréguliers. A cet état, succède une période de calme, qui n'est que de deux à trois jours. La dernière crise a été particulièrement violente. La douleur a débuté brusquement à gauche, s'est rapidement généralisée à tout le ventre; celui-ci s'est ballonné; il y a eu du hoquet, pas de vomissements. Les moindres efforts, même les simples mouvements respiratoires, étaient pénibles. Cette crise a duré six heures; c'est elle qui a décidé le malade à revenir à l'hôpital.

Lorsque je le vis pour la première fois, en novembre dernier, il était dans une période de calme. Mais l'on sentait nettement dans le flanc gauche, au-dessous du rebord costal, le débordant sur une étendue de quatre travers de doigt, une tuméfaction dure, s'arrêtant en avant à trois travers de doigt de la ligne blanche, s'étendant en arrière jusqu'à la ligne axillaire. Le bord inférieur de cette tuméfaction est arrondi; on ne trouve pas sa limite supérieure; elle s'enfonce en effet et disparaît sous les côtes. Sa surface est régulière; relativement superficielle dans sa partie infé-

rieure, elle devient de plus en plus profonde à mesure qu'elle se rapproche des côtes.

Elle est mate à la percussion, peu douloureuse au toucher. Elle ne se meut pas dans les mouvements respiratoires.

La pensée de quelques-uns de ceux qui virent le malade à cette époque fut qu'il s'agissait là d'une rate grosse, débordant le rebord costal.

Tel ne fut pas mon sentiment; tout d'abord parce que la matité de la tumeur ne se continuait pas nettement avec celle de la rate; puis que, en raison du siège de la tuméfaction du même côté que la hernie opérée, et de son développement récent, en tout cas postérieur à l'opération, je ne pouvais me défendre d'établir une certaine relation entre celle-ci et les accidents actuellement observés.

J'avais, pour me fortifier dans cette idée, le souvenir d'un cas qui avait avec celui-ci des analogies.

C'était aussi chez un opéré de cure radicale avec large résection de l'épiploon. Localement, les suites de l'opération avaient été parfaites, lorsque, le vingtième jour, survint de la fièvre que l'on crut devoir d'abord rapporter à une poussée du côté des poumons, le malade ayant des sommets douteux; mais en même temps se formait dans la région épigastrique une tuméfaction douloureuse, qui prit bientôt tous les caractères d'une collection purulente profonde. Une incision faite à ce niveau nous conduisit dans une cavité limitée, d'où je retirai un fil de soie; ce fil était évidemment celui qui avait servi à lier l'épiploon; l'abcès s'était formé dans l'épaisseur du moignon de l'épiploon réséqué.

Je pensai que dans le cas présent nous allions voir les choses évoluer de la même façon, et crus devoir attendre que, les phénomènes d'inflammation locale s'accentuant, il n'y eût plus de doute sur l'opportunité d'une intervention nouvelle.

Le malade fut donc mis en observation et nous pûmes assister au retour d'une des crises douloureuses dont il nous avait fait le récit, dont, à vrai dire, nous supposions qu'il avait éxagéré l'importance.

Il n'en était rien. La douleur et le malaise général étaient vraiment considérables. De plus, on put constater que la crise s'accompagnait d'une contraction visible de l'intestin. On voyait et l'on sentait, au niveau de la tumeur perçue sous les fausses côtes gauches, une grosse anse intestinale se dessiner sous la peau, animée qu'elle était d'un véritable mouvement péristaltique, dirigé de droite à gauche, se produisant donc très probablement dans le côlon transverse.

L'idée qui s'imposait dès lors était que la tuméfaction sous-

costale était en rapport intime avec le côlon, et en troublait le fonctionnement.

Cette tumeur, d'après ce que j'ai dit plus haut, avait dû se former autour ou aux dépens du moignon épiploïque résultant de l'opération antérieurement pratiquée.

Mais, contrairement à ce qui s'était produit dans mon premier cas, les accidents ne suivaient pas une marche aiguë, pouvant faire penser que tout se terminerait par la formation d'un abcès. Aucune élévation de température ni générale, ni locale ; la douleur à la pression ni la tuméfaction n'augmentaient. Les phénomènes d'obstruction partielle et intermittente de l'intestin seuls demeuraient et s'accentuaient.

Le malade me pressait de le délivrer de ses souffrances. Je me décidai, au bout d'un mois d'attente, à aller, par une laparotomie, chercher à lever l'obstacle dont l'existence, sur le trajet du côlon, ne faisait plus de doute.

L'opération eut lieu le 24 décembre 1898. Elle a été considérable, comme vous pouvez en juger par les traces qu'elle a laissées sur la peau du ventre, et pénible.

Je fis d'abord sous la ligne médiane une incision allant de l'épigastre à l'ombilic. Le péritoine ouvert, la tumeur est rapidement trouvée sous la lèvre gauche de l'incision. Mais, du même coup, je constate, d'une part, qu'elle adhère intimement à la face profonde de la paroi abdominale, et d'autre part, que le doigt, profondément enfoncé, n'arrive pas à en explorer tout le contour, tant elle s'enfonce profondément dans le flanc gauche. On ne pouvait songer à la libérer et à l'amener dans l'incision médiane.

Force était donc de se donner du jour. Pour cela, de l'extrémité inférieure de la première incision j'en mène une seconde perpendiculaire à la direction de celle-ci, s'étendant jusque dans le flanc gauche, en coupant transversalement le muscle droit.

J'ai alors nettement sous les yeux, après avoir refoulé en bas sous des compresses les anses intestinales grêles, la tumeur sentie par le palper, mais sa circonférence inférieure seulement; sa face antérieure adhérant, comme je l'ai dit, à la paroi abdominale.

Mon premier soin est d'essayer de rompre ces adhérences; mais elles sont très solides et ne se laissent pas déchirer. Il faudra évidemment les attaquer au bistouri ou au ciseau. Comme cela d'autre part, d'après les phénomènes observés, il y avait lieu de supposer que le côlon était plus ou moins inclus dans cette masse, et comme je ne pouvais savoir exactement où il était, je prends le parti de faire porter mes sections libératrices sur la paroi abdominale elle-même, ou du moins sur le péritoine parié-

tal qui se double ; je détache celui-ci au bistouri et avec lui les parties de la tumeur qui y adhèrent.

La face antérieure de cette dernière est alors en grande partie dégagée. Je poursuis sa libération sur les côtés et d'abord dans le flanc gauche. De ce côté, les brides sont plus longues ; je puis les saisir entre deux clamps et les couper.

Je m'avance ainsi peu à peu vers la circonférence supérieure de la tumeur. Là, derrière un dernier rideau d'adhérences, apparaît tout à coup un large ruban épiploïque, avec son apparence si caractéristique, qui, de l'estomac que je découvre en même temps va se perdre dans la masse dont je poursuis la laborieuse libération. Ce ruban épiploïque est lui-même coupé entre deux pinces et solidement lié.

Quelques brides sont encore sectionnées sur le flanc droit de la masse et celle-ci devient complètement libre. Elle a dans son ensemble le volume d'une orange moyenne. Je reconnais qu'elle est formée par une sorte de manchon irrégulier dans lequel on voit d'un côté pénétrer le côlon transverse fortement coudé sur lui-même, tandis que de l'autre sort le côlon descendant.

Comme d'autre part nous avions vu un instant auparavant que la partie restante de l'épiploon encore insérée à l'estomac venait se perdre dans ce manchon, il devenait évident que nous avions affaire, comme nous l'avions supposé, à une masse inflammatoire formée au niveau du point où, au cours de la cure radicale, l'épiploon avait été lié et réséqué.

Il s'était produit là, par un travail d'inflammation lente, des adhérences épiploïques ou autres, reliées tant à la paroi abdominale qu'aux parties voisines ayant enserré le côlon transverse et déterminé les phénomènes d'obstruction partielle dont avait souffert le malade.

Fallait-il poursuivre l'intervention plus loin ? Fallait-il achever de libérer l'intestin et réséquer toutes les parties qui le comprimaient? J'y songeai un moment, mais je dus bientôt renoncer à cette tentative qui me parut dangereuse, et d'ailleurs très probablement inutile.

J'avais, en effet, en sectionnant la portion d'épiploon qui réunissait la tumeur à l'estomac, supprimé son point d'attache supérieur, condition qui devait être pour quelque chose dans la coudure du côlon. Les fortes adhérences à la paroi abdominale étaient, d'autre part, détruites, ainsi que celles que j'avais trouvées sur les côtés. Le côlon, avec son manchon fibreux, était dès lors libre dans l'abdomen et je pouvais espérer que, toutes ces connexions étant supprimées, les phénomènes d'obstruction ne se reproduiraient pas, d'autant que le manchon lui-même, n'étant constitué

que par des produits d'origine inflammatoire, pourrait, à la longue, disparaître par résolution.

L'événement m'a donné raison. Le malade est sorti de l'hôpital dix-sept jours plus tard sans qu'aucun incident ait retardé sa guérison. Il est revenu nous voir ces jours-ci. Il ne souffre plus et n'a plus jamais souffert des crises douloureuses dont il se plaignait autrefois. Les phénomènes d'obstruction ont donc complètement cessé et il y a lieu de penser qu'ils ne se reproduiront pas.

Kyste hydatique de l'humérus gauche.

M. Le Dentu présente un homme de trente-deux ans auquel il a donné des soins pour un *kyste hydatique de l'humérus gauche.*

Cet homme a été vu pour la première fois dans mon service de l'hôpital Necker par M. Lyot, en septembre 1896. Il avait alors un simple gonflement de l'humérus qui ressemblait beaucoup à une périostose syphilitique; mais un traitement mixte, suivi pendant deux mois, n'a pas empêché la lésion de s'enflammer, si bien que, en novembre 1896, ce malade paraissait atteint d'une ostéomyélite subaiguë.

Je lui fis alors une opération qui consista dans la trépanation de l'humérus; mais, après une certaine quantité de pus, je vis sortir des hydatides en grand nombre.

Les phénomènes inflammatoires avaient masqué la véritable nature de la maladie, et le diagnostic n'avait pu être fait. L'humérus était tellement aminci que, malgré toutes les précautions prises, il se fractura spontanément. L'application d'un appareil plâtré, maintenu longtemps en place, permit à l'os de se consolider, et il n'y eut plus bientôt aucune raison de songer à faire la désarticulation de l'épaule. Tout alla bien, mais la plaie resta fistuleuse, et il fallut deux curettages du canal médullaire, et finalement l'ouverture large de la partie supérieure de ce canal, avec évidement de la tête humérale, pour obtenir la guérison complète.

Actuellement, sauf un certain degré d'atrophie du deltoïde, qui gêne l'élévation du bras, le membre, conservé non sans peine, a recouvré presque entièrement son fonctionnement normal.

M. Lejars présente un cas d'appendicite compliquée d'ileus.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend les journaux et publications de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos des épiploïtes suites de cure radicale de hernie.

M. Reynier. — J'avais demandé la parole l'autre jour au sujet de la communication de M. Monod sur les épiploïtes suites de cure radicale. Elles sont manifestement dues à un fil septique.

En 1895, au Congrès de chirurgie, j'ai appelé l'attention sur ce point. Les suppurations de ce genre sont dues à des fils qui s'infectent secondairement, parce qu'ils sont placés sur un organe infecté.

J'avais montré que dans ce cas les fils peuvent devenir la cause d'énormes tumeurs épiploïques dans lesquelles on les retrouve.

Dans un cas, j'ai trouvé une de ces tumeurs avec un tout petit abcès au centre de la masse épiploïque, le fil baignait dans le pus d'un petit abcès au centre de la tumeur, que je pus enlever en entier; dans un autre cas, je ne trouvai pas le fil au centre de la masse, je drainai et le fil s'élimina par le drain.

Pour moi, la meilleure conduite dans ces cas consiste, lorsqu'on ne peut enlever toute la masse épiploïque infectée, à pénétrer dans la tumeur jusqu'au centre, et à drainer. A cause de ces infections secondaires, je préconise l'emploi des fils de catgut pour lier l'épiploon sectionné, dans la cure radicale. Il ne faut pas laisser dans l'abdomen des fils de soie, qui peuvent s'infecter secondairement.

M. Tuffier. — C'est au sujet des épiploïtes non suppurées que M. Monod avait fait sa communication.

Il est certain qu'il se passe du côté de l'épiploon des phénomènes inflammatoires bizarres, caractérisés par la rétraction de l'épiploon qui finit par former une véritable masse.

J'ai eu ainsi un cas d'épiploïte chez un malade que j'avais vu avec M. Berger. L'épiploon avait été lié et réséqué. Il se développa une tuméfaction dans le flanc gauche à égale distance à peu près de l'épine iliaque et des côtes. Je me demandais si ce n'était pas un foyer secondaire inflammatoire; M. Berger me rassura et diagnostiqua une épiploïte simple. Au bout de six semaines, les phénomènes s'amendèrent, et la guérison survint sans production d'abcès.

Aussi, je crois qu'il faut faire ici la part des cas d'épiploïtes susceptibles de guérison complète avec le temps.

M. Anger. — A propos de ces lésions, je me souviens d'un cas intéressant que présenta une jeune femme de la province, atteinte d'appendicite. Je la vis une première fois, et trouvai nettement dans le flanc droit un boudin inflammatoire. Quand j'opérai la malade, je vis que la masse que l'on sentait était, non pas l'appendice, mais l'épiploon enflammé, d'une longueur de 5 à 6 centimètres. Je réséquai l'appendice. Il existait une perforation du cæcum, je la fermai par une suture et la malade guérit.

M. Guinard. — La communication de M. Monod m'engage à publier quatre faits qui se rapprochent du sien et qui sont intéressants dans la pratique pour les suites opératoires de la cure radicale des hernies.

Remplaçant, il y a cinq ans, un de mes maîtres, je trouvai dans son service un malade qu'il avait opéré avant son départ, pour une volumineuse hernie inguinale gauche. Au bout de trois semaines, le service s'encombrant, je voulus faire de la place et renvoyer quelques malades guéris. C'est alors que l'opéré de hernie me dit qu'il « souffrait du ventre ». La cicatrice inguinale était absolument guérie et il n'y avait même plus de pansement. Je trouvai sous les fausses côtes gauches une masse empâtée, profonde, très douloureuse à la pression. Deux jours après, les accidents étaient devenus menaçants, vomissements, facies péritonéal, pouls abdominal, etc... J'incisai aussitôt au centre du gâteau et je tombai dans une poche d'où s'échappa du pus contenant « des flaques d'huile » et un paquet de fils de soie. C'était bien évidemment un fil de pédicule épiploïque qui avait suppuré. Le malade guérit sans incident, et je l'ai revu ce matin même en excellent état.

J'avais été frappé du siège élevé de la collection, qui peut in-

duire en erreur quand on n'est pas prévenu. Aussi, quand, il y a deux ans, je retrouvai encore du côté gauche, sur un infirmier de Lariboisière que j'avais opéré d'une hernie inguinale gauche un mois auparavant, une tuméfaction placée très haut sous les fausses côtes gauches, je n'hésitai pas pour le diagnostic et je me rappelai que j'avais fait sous une double soie une large résection épiploïque. L'incision au centre du gâteau donna issue à un fil de soie et à du pus : la guérison se fit correctement.

Dans une troisième observation, je trouvai les mêmes symptômes, mais atténués, à la suite d'une cure radicale de hernie inguinale gauche. Je ne suis pas intervenu et la masse s'est résorbée peu à peu, sans que le malade ait évacué du pus par l'intestin. C'était donc là une épiploïte comme les précédentes; mais l'infection était atténuée et la suppuration ne se fit pas.

Enfin, dans une quatrième observation, un malade opéré en ville, cinq ans auparavant, avait eu plusieurs poussées d'obstruction intestinale qui avaient toujours cédé à des lavements électriques. Une dernière poussée ne cédant à aucun traitement médical, on amena le malade mourant à Lariboisière. Je me trouvai en présence d'une obstruction intestinale totale, avec refroidissement des extrémités, etc. Je fis une laparotomie et je tombai à gauche sur un paquet d'anses intestinales, agglutinées les unes aux autres et adhérentes à la paroi, au niveau de la cicatrice péritonéale. Je vis très rapidement que je n'arriverais pas à dérouler ces anses intestinales et, vu l'état du malade, je me bornai à faire une entérotomie. Le malade succomba néanmoins au bout de trente-six heures.

En somme, il est bon de savoir que les épiploïtes, suppurées ou non, qui se produisent à la suite des résections épiploïques au cours de la cure radicale des hernies, se manifestent par une masse siégeant en général très haut, jusque sous les fausses côtes.

M. Reclus. — J'ai une observation analogue au cas dont il a été question dans la dernière séance.

C'était un malade qui avait quitté l'hôpital après une cure radicale. Il rentre quelque temps après avec une tumeur dans l'hypocondre gauche. Pour moi, qui l'avais opéré, le diagnostic était facile, mais les chirurgiens qui se préparaient au Bureau central et qui venaient dans mon service ne purent le faire.

Je n'ai pas eu à ouvrir d'abcès; la tuméfaction, bien que très volumineuse, s'enkysta et disparut.

M. Berger. — Pour ce qui est des épiploïtes suites de cure radicale de hernie, j'en ai observé un cas à la suite d'une résection de l'épiploon. Au bout de quelques jours, je trouvai une tu-

méfaction douloureuse se rapportant au pédicule épiploïque.

Je n'ai vu d'accidents avec suppuration que dans un cas de hernie de l'ombilic : il y eut par l'ombilic élimination des fils qui avaient servi aux ligatures après cinq semaines. Le malade guérit. Je n'ai pas vu d'accidents graves et d'ailleurs je n'en ai pas rencontré depuis deux ans.

M. Pozzi. — Il me semble résulter de tous ces faits que l'emploi de la soie pour les ligatures intra-abdominales est inférieur au catgut, surtout si on a affaire à un pédicule infecté comme peut l'être par exemple le pédicule des annexes. L'infection secondaire, qui survient, est pour moi consécutive, soit à une infection partie du moignon, soit à la persistance de spores échappées à la stérilisation, qui restent latentes dans la soie et qui se développent plus tard. La grosse soie est du reste très difficile à désinfecter d'une façon absolue. Il n'en est pas de même de la soie très fine pour sutures intestinales qui pour sa ténuité et sa ténacité reste préférable au catgut.

Ces accidents d'infection secondaire sont particulièrement fréquents dans les pédicules de castration ovarienne. La soie dans ces cas-là, même quand les pédicules ne sont pas infectés, reste une cause permanente d'irritation, et pourrait expliquer souvent ces phénomènes persistants de douleur, qui ont fait préférer la castration par la voie vaginale à la castration par la voie abdominale. J'ai fait tout récemment une opération très grave chez une femme qui avait subi une myomectomie à Moscou, il y a trois ans. Elle avait une pelvi-péritonite causée par deux fils de soie. Les faits d'épiploïte de Tuffier et Berger me paraissent indiquer l'inflammation par intolérance de la soie ayant ou n'ayant pas abouti à la suppuration.

M. Tuffier. — La question de l'épiploïte me paraît singulièrement s'élargir et tourner à la discussion toujours pendante sur le meilleur fil chirurgical, cagut ou soie. Je ne partage pas l'opinion de M. Pozzi sur l'emploi universel et constant du catgut. Je ne crois pas davantage que la soie devra être uniquement employée, car elle joue le rôle de corps étranger septique quand elle est placée sur un foyer infecté. Ma pratique actuelle est la suivante : je me sers de catgut toutes les fois que je dois poser une ligature dans un foyer *septique* ou *susceptible de le devenir* après la chute de la ligature. Dans toute la *chirurgie aseptique*, j'emploie la soie *aussi fine* que possible, étant absolument d'avis que la grosseur du fil, joue un rôle dans la tolérance des tissus à son égard. Je ne pratique pas l'écrasement *et* la ligature. Je fais, pour l'hémostase, l'angiotripsie pure et simple, *ou* la ligature.

Paul Reynier. — Je suis très heureux d'avoir entendu M. Pozzi nous préconiser l'emploi du catgut, de préférence à la soie pour les ligatures. Mais je ne crois pas que cela soit à cause de l'asepsie plus ou moins grande du fil de soie qu'on voit ces accidents se produire. Les fils de soie sont plus faciles à désinfecter que les catguts, et lorsque le fil est septique les accidents se produisent immédiatement. Les accidents auxquels nous venons de faire allusion, et que nous avons en vue dans cette discussion, se produisent au contraire tardivement, le quinzième jour après une laparotomie pour suppuration des annexes, quelquefois plus tardivement encore, au bout de mois, d'années. Je crois donc qu'il vaut mieux accepter la pathogénie suivante, que j'ai depuis longtemps défendue. Le fil s'infecte secondairement lorsque, mis sur un organe à contenu septique, comme une trompe utérine, un uretère, un épiploon infecté par son séjour prolongé dans un sac herniaire, il arrive à couper l'organe lié, et à se mettre en contact avec son contenu septique. La date tardive de l'éclosion des accidents, je le répète, milite en faveur de cette infection secondaire des fils de soie.

M. Tuffier. — Sur plus de 600 hernies que j'ai opérées, j'ai observé un seul cas d'épiploïte non suppurée post-opératoire. Il s'agissait d'un Algérien que j'avais opéré d'une énorme entéro-épiplocèle inguinale ; l'épiploon avait été lié en chaîne à la soie. Vers le huitième jour, il fut pris d'accidents douloureux dans la région abdominale gauche, puis une tuméfaction pâteuse du volume du poing se manifesta; la température ne dépassait pas 38 degrés. Après douze jours de cet état, qui ne se compliquait d'aucune réaction péritonéale, je montrai le malade à M. Berger, qui fut également d'avis qu'il s'agissait d'une épiploïte simple. Les accidents s'amendèrent et en sept semaines tout disparut. Cet homme, opéré depuis trois ans, est toujours en parfaite santé. Il est évident que l'épiploïte peut tenir à un fil septique, mais il est aussi certain, par ce que nous voyons dans les hernies non étranglées, où l'épiploon est si souvent induré, rattatiné, adhérent, que cette membrane subit facilement des phénomènes d'inflammation différents de ceux des autres organes. La physiologie pathologique du tablier épiploïque n'est pas faite, et son mode de réaction inflammatoire est encore mal connu et mal établi.

M. Pozzi. — La pathogénie indiquée par M. Reynier est vraie, mais le fil de soie sur des organes non infectés, comme certains pédicules tubo-ovariens, comme l'épiploon, peut cependant provoquer de l'irritation et des douleurs. On doit admettre alors ou que le fil était imparfaitement désinfecté ou qu'il s'est infecté

secondairement par un mécanisme obscur. C'est surtout parce qu'il persiste comme une épine au sein des tissus que le fil de soie est inférieur au catgut.

M. Hartmann. — Je crois que si on a des poussées d'épiploïte, c'est que la soie n'était pas très bien désinfectée ou qu'elle a subi une infection légère au cours de l'opération.

La grosseur de la soie est peut-être aussi pour beaucoup dans la production de ces accidents. Il vaut mieux faire de petites ligatures, n'employer que de petites soies, liant isolément les vaisseaux, ce qui est facile; en écrasant l'épiploon avec ces grosses pinces qu'ont préconisées Doyen, Tuffier, Faure, la graisse se réduit et il ne reste plus à lier que de petits moignons. Depuis que je procède ainsi, je n'ai plus eu d'accidents dans mes opérations.

M. Tuffier. — Je partage l'avis d'Hartmann. Je préfère les petites ligatures; je me sers de catgut dans les cas septiques et de soie pour les cas aseptiques.

Discussion

Sur l'appendicite (Suite).

M. Routier. — Je redemande la parole parce que dans une discussion comme celle-ci, d'où il sortira peut-être une règle de thérapeutique chirurgicale, on doit, ce me semble, serrer de près tous les arguments : aussi, ne puis-je laisser passer, sans protester, la communication de mon ami Brun en ce qui me concerne; je crois devoir relever certains détails qui, dans l'espèce, me paraissent capitaux.

Chez la fillette à laquelle il fait allusion, j'ai porté, le 19 octobre 1898, le diagnostic d'appendicite subaiguë, localisée, avec tendance à la formation d'un abcès, et je conseillai l'intervention.

Mais je n'ai jamais cru, comme on pourrait le croire à la lecture de la communication de mon ami Brun, qu'il s'agissait d'une péritonite, et que l'intervention rapide fût une condition *sine quâ non* de vie ou de mort.

Sans doute, si on m'avait laissé faire, je l'aurais opérée dans les jours qui ont suivi ma consultation, et j'ajoute qu'elle aurait certainement guéri, ce qui l'aurait remise sur pied vers le 15 ou 20 novembre au plus tard.

Au lieu de cela, elle entre, le 20 octobre 1898, à l'hôpital des Enfants; Brun la met en observation ; elle y séjourne plus de trois mois pour subir enfin une opération que mon ami Brun lui-

même a jugée nécessaire et que les pièces ont largement justifiée.

Elle a couru, pendant ce temps, outre la possibilité de nouvelles poussées appendiculaires qui se sont produites, les chances d'une contagion quelconque, et, enfin, elle a perdu trois mois. On ne me fera jamais admettre ni l'avantage ni la supériorité de cette manière de faire.

Quant au second malade, que j'ai perdu pour avoir temporisé, il a été soumis au traitement médical, tout aussi rigoureusement que si mon ami Brun l'avait suivi lui-même. Je l'ai vu le lundi à ma visite : j'ai cru pouvoir attendre. Le lundi soir, il ne présentait encore rien qui m'ait fait me décider.

C'est à trois heures du matin qu'il eut comme un accès de suffocation avec quasi syncope ; on ne me fit pas venir plus tôt que de coutume à l'hôpital, je l'opérai à neuf heures du matin et il mourait le soir.

Je le répète, un peu aussi pour mon collègue Chaput, qui m'a mal placé dans sa classification, j'ai quelquefois regretté d'avoir attendu, jamais d'avoir opéré trop vite.

Je profite de la circonstance pour citer mes chiffres. En 1897 et 1898, j'ai opéré 93 appendicites :

35 appendicites à froid	35 guérisons.		
33 — aiguës, localisées avec ou sans abcès.	32	—	1 mort.
24 appendicites en pleine péritonite . .	13	—	11 morts.

M. Berger. — Il me semble impossible, actuellement encore, de déterminer les règles du traitement des appendicites d'une manière qui puisse satisfaire à tous les cas. L'abstention systématique est pleine de dangers ; l'opération, étendue à la généralité des faits, est certainement un excès. La conduite la plus sage est de régler l'intervention sur l'observation minutieuse et rigoureusement suivie de chaque malade ; mais celle-ci même nous ménage parfois des surprises et permet, quoique rarement, des erreurs d'interprétation regrettables.

On peut donc dire que le traitement de l'appendicite n'a pas encore trouvé sa formule ; mais comme il faut que chaque chirurgien adopte une ligne de conduite et qu'il l'applique aux cas qui se présentent dans sa pratique, et que la plupart de mes collègues, dans la discussion présente, ont indiqué celle qu'ils suivent, je dois faire comme eux et dire sur quels principes je règle mon intervention dans les cas d'appendicite qui se présentent à mon examen.

Je considère comme une erreur de recourir à l'opération d'emblée dans tous les cas, lorsqu'on est en présence d'une crise aiguë

d'appendicite. Ce n'est pas seulement parceque celle-ci se termine le plus souvent par résolution, mais parce que l'opération, faite au cours de la période aiguë des accidents, est pratiquée dans des conditions plus défavorables que lorsqu'on a recours à elle dans l'intervalle des accès. La région sur laquelle on opère dans ces circonstances est, ou doit être considérée comme une région infectée; l'opération moins méthodiquement conduite, prête à des surprises; dans un grand nombre de cas, elle nécessite un drainage qui est une cause d'affaiblissement pour la paroi et qui peut prédisposer aux éventrations. Enfin, l'état actuel, plus ou moins grave où se trouve un sujet qui est atteint d'appendicite aiguë peut diminuer les chances favorables de l'opération.

A mon avis, l'opération, pendant l'accès, doit être réservée aux cas d'appendicites perforantes avec réaction péritonéale diffuse et phénomènes d'infection septique, mais l'on sait combien l'on doit peu compter sur le succès de l'intervention dans les cas de ce genre —, aux cas où l'existence d'une suppuration intra-péritonéale circonscrite ou extra-péritonéale est démontrée par la persistance de la tuméfaction et par la fièvre — enfin et surtout à tous les cas où une appendicite aiguë, observée avec soin, n'arrive pas à une résolution franche, graduelle sinon complète, des phénomènes locaux et généraux, quatre ou cinq jours au plus, après le début des accidents. A partir du quatrième jour, quand on suit avec attention une crise aiguë d'appendicite, toute aggravation, élévation de la température, modification du pouls, altération de la face, ballonnement du ventre qui se prononce, vomissements qui persistent et qui recommencent à se montrer après avoir cessé, l'un quelconque de ces phénomènes défavorables doit entraîner la détermination dans le sens de l'intervention.

En observant avec soin les sujets pendant l'accès d'appendicite aiguë et en se réglant sur ce principe, je suis convaincu qu'on n'arrive que bien rarement à regretter de ne pas être intervenu d'emblée. Je dois avouer cependant que dans ces dernières années j'ai vu deux cas dans lesquels les malades, atteints d'appendicites aiguës et dont l'état ne semblait pas alarmant, ont présenté du jour au lendemain des phénomènes d'infection ou d'empoisonnement septique suraigus contre lesquels la laparotomie a été impuissante.

Des faits semblables militeraient en faveur de l'intervention immédiate dans tous les cas, s'ils ne constituaient pas une très rare exception, si l'opération immédiate, faite dans de mauvaises conditions, ne pouvait elle aussi être accusée d'insuccès que l'on aurait pu éviter en attendant la résolution de l'accès, enfin si l'on pouvait partout et toujours recourir à l'instrument tranchant.

Mais on oublie trop que les appendicites se produisent dans toutes les classes de la société et dans toutes les conditions de milieu et que l'opération de l'appendicite ne doit être faite, en dehors des cas de nécessité absolue, qu'avec toutes les garanties que l'on trouve dans une installation chirurgicale complète. Je ne crois donc pas que, dans l'état actuel des choses, on doive conseiller de soumettre à l'opération d'emblée tous les sujets surpris par un accès aigu d'appendicite, je crois au contraire que, dans ces conditions, l'opération doit être évitée si possible et qu'on ne doit y recourir qu'en suivant les indications que j'ai précisées, il y a un instant.

Je suis au contraire persuadé que l'on rend un grand service aux malades en les débarrassant de leur appendice malade dans l'intervalle de leurs accès. Jusque dans ces derniers temps, je réservais l'opération à froid pour les cas d'appendicites à répétition caractérisées par le retour d'un ou de plusieurs accès nouveaux bien constatés, ou pour les cas où, après la résolution d'une appendicite aiguë, il restait quelque chose, sensibilité ou sensation anormale à la palpation, dans la région de l'appendice. Je pratique actuellement l'appendicectomie, même après une seule poussée d'appendicite, pourvu que celle-ci ait été bien caractérisée et d'une moyenne intensité. Ce qui a motivé mon changement dans ce sens, ce sont les faits qui m'ont été affirmés dans ces discussions et par plusieurs de mes collègues et dans lesquels à la suite d'une première poussée, en apparence insignifiante, d appendicite en est survenue, à plus ou moins longue échéance, une autre qui s'est terminée par la mort; ce sont les cas que j'ai observés moi-même et dans lesquels un nouvel accès, extrêmement grave, a succédé à un premier accès très léger et où j'ai pu regretter de n'avoir pas saisi d'abord l'indication présentée par ce premier accès. Je dirai même, à cet égard, que ces accès légers qui se terminent en quelques jours sans laisser de douleur ni d'induration perceptible dans la fosse iliaque, sont peut-être ceux qui constituent l'indice le plus sérieux; car ils révèlent l'imminence d'accidents contre lesquels le péritoine n'est protégé par aucune espèce d'adhérences.

Je ne voudrais pas cependant que l'on pût croire que l'opération de l'appendicite à froid est une opération toujours facile et même absolument innocente; elle ménage au chirurgien des surprises, et, malgré toutes les prévisions, la recherche de l'appendice et sa libération peuvent rencontrer des difficultés très sérieuses et même présenter des dangers. Les accidents sont rares, très rares. je le veux bien, à la suite de ces opérations; il n'est pas moins vrai que lorsqu'on les pratique on a bien souvent le sentiment

qu'on s'est lancé dans une entreprise difficile et même grave. Et ces cas, dans lesquel il faut chercher un appendice au milieu d'adhérences intimes unissant le cæcum, par exemple, aux anses de l'iléon, de telle sorte qu'au cours de cette recherche, on craint à chaque instant de produire quelque lésion irrémédiable, ces cas, dis-je, ne peuvent être prévus toujours. Il existe à cet égard une grande différence entre l'opération de l'appendicite à froid et l'opération de la cure radicale des hernies, à laquelle on pourrait l'assimiler. L'opération de la cure radicale est une opération dont on peut répondre ; on peut prévoir d'avance et être sûr de surmonter toutes ses difficultés ; on peut dire d'elle qu'elle n'expose pas la vie du malade lorsqu'elle est faite en connaissance de cause par un bon chirurgien ; d'ailleurs, la cure radicale supprime toujours une infirmité et fait disparaître une cause permanente de dangers. Il n'en est pas de même de l'opération de l'appendicite à froid ; dans bien des cas où on la pratique, on ne peut affirmer qu'elle soit nécessaire, ou même qu'elle soit utile ; on enlève bien des appendices qui ont été malades, mais qui ne le sont plus et ne l'auraient peut-être jamais été ; d'autre part, je ne crois pas qu'aucun chirurgien puisse affirmer, en se lançant dans une opération d'appendicite, que celle-ci ne puisse être traversée par des difficultés parfois insurmontables ; et cependant nous sommes partisan de l'opération à froid, même après un seul accès d'appendicite, parce que le danger d'une crise nouvelle, avec gangrène, perforation, péritonite septique diffuse, est une éventualité si redoutable que, bien qu'elle soit improbable, il nous semble qu'on ne peut laisser les malades en courir les risques.

Mon sentiment est donc que l'on opère trop d'appendicites, que l'on enlève trop d'appendices, même à froid, mais qu'on ne saurait dans l'état actuel des choses se dispenser de le faire sans encourir une lourde responsabilité dans les cas où une nouvelle crise d'appendicite aiguë déterminerait des accidents mortels. Ce qu'il faut regretter surtout, c'est que les médecins ne nous aient pas encore fait connaître quelle est la proportion des appendicites qui récidivent, quel est le degré de gravité des rechutes et quelles sont les conditions de cette gravité, enfin quels sont les moyens de prévoir les chances mauvaises qu'encourt un sujet atteint d'appendicite. Quand ils nous auront renseignés sur ces différents points, eux qui doivent observer et suivre tous les cas, les cas légers comme les cas graves, les chirurgiens pourront établir sur ces données un traitement méthodique de l'appendicite. Mais à l'heure présente, nous sommes obligés, par le sentiment de la responsabilité dont on nous charge, d'opérer empiriquement et uni-

formément des cas très dissemblables dont les uns réclament l'intervention d'une manière pressante et dont les autres devraient être laissés bien tranquilles si nous avions le moyen de faire entre les uns et les autres ce départ qui est du ressort de la clinique médicale.

Je ne dirai qu'un mot du manuel opératoire de l'opération à froid. J'ai depuis un an adopté l'incision de M. Jalaguier, dans laquelle on pénètre dans l'abdomen par la gaine du muscle grand droit ; elle m'a toujours conduit très directement sur le cæcum, et le rideau que le muscle grand droit vient rabattre entre les incisions aponévrotiques superficielle et profonde, dont le parallélisme est détruit, me paraît la plus sûre des garanties contre les éventrations post-opératoires.

M. Paul Segond. — Permettez-moi d'appeler un instant votre attention sur un cas récent d'opération pour appendicite dont la relation me semble venir très à propos dans votre discussion actuelle. J'en profiterai pour vous dire, à mon tour, ce que je pense du traitement de l'appendicite aiguë, et seulement de celle-là. Mais, rassurez-vous, je remets à une autre occasion l'exposé complet de mes observations personnelles ou des convictions qu'elles m'ont inspirées, et c'est à titre de simple préambnle, que je vous demande la permission de prendre position dans le débat. Les idées que le professeur Berger vient de défendre avec tant d'autorité me permettent, du reste, de le faire en peu de mots. Notre collègue prétend, en effet, qu'*on opère trop les appendicites*. Or, je suis convaincu qu'*on ne les opérera jamais assez.* Cette déclaration est, je pense, assez claire. Quant aux raisons qui m'ont dicté cette manière de voir, elles ont été trop brillamment exposées dans ces derniers temps, soit à l'Académie par MM. Dieulafoy, Pinard et Reclus, soit à cette tribune, pour que je me risque à les reproduire. Vous les connaissez toutes, et de première main.

Est-ce à dire que ma pratique, en présence de tel ou tel cas particulier, soit absolument intransigeante et que, toujours, je prenne le bistouri, quels que soient l'âge ou la forme de la maladie? Non, certes, et l'absolu serait ici aussi absurde que dans toutes les questions similaires. A côté des cas où l'opération systématique est, comme le disait si bien Chaput, seule rationnelle et logique (cas aigus francs, péritonites avérées, abcès évidents), nous savons tous qu'il en est d'autres où la bénignité relative des accidents, la circonscription des lésions et leur tendance à la résolution nous permettent d'attendre et de donner à nos patients les avantages d'une opération à froid faite ultérieurement. Je suis

des premiers à le reconnaître et je possède plusieurs observations dans lesquelles cette conduite m'a donné toute satisfaction.

Mais, s'il est vrai qu'en certaines circonstances il soit indiqué de laisser ainsi refroidir des appendicites subaiguës, s'il est indiscutable que l'opération à froid, malgré ses difficultés, parfois très grandes, soit une excellente opération, combien n'est-il pas juste et particulièrement sage d'insister sur les périls possibles de cette expectation! Une seule chose nous en préserverait à coup sûr, ce serait la possession constante d'un diagnostic précis. Ce serait la connaissance exacte des signes cliniques susceptibles de nous éclairer sûrement sur la gravité de tel ou tel cas particulier, et surtout, de nous livrer, sans erreur possible, le moyen de ne jamais confondre les améliorations réelles de la maladie avec ces accalmies traîtresses dont le professeur Dieulafoy a si bien fait ressortir les terribles et mortelles conséquences.

Or, et c'est là surtout que gît la cause de nos divergences, le pourquoi de notre division en opportunistes et radicaux. Nous estimons, nous, radicaux, qu'en maintes circonstances, les signes pathognomoniques et tutélaires font défaut. Et voilà pourquoi, dans les cas même très bénins, nous nous méfions toujours d'une erreur, voilà pourquoi nous interprétons les moindres doutes dans le sens de l'intervention, préférant faire des opérations peut-être inutiles, mais point dangereuses, quand elles sont sagement conduites, que de risquer une seule mort par abstention. Le cas que je viens d'observer me semble une preuve assez nette de ce qui précède, et c'est pour cela que je désire vous le soumettre, bien convaincu que dans les discussions comme celle-ci, une observation unique mais concluante vaut mieux que les statistiques, même les plus consciencieuses.

Il s'agit d'une fillette de dix ans et demi, robuste, fort bien constituée, sans aucune tare héréditaire, et n'ayant jamais eu, jusqu'à ce jour, l'ombre d'une maladie sérieuse. Mon ami, le Dr Valmont, m'a demandé auprès d'elle, vendredi dernier, à 1 heure de l'après-midi, en me prévenant qu'il s'agissait d'une appendicite, et voici quelle avait été la marche des accidents :

Le lundi, 6 février, légère indigestion à la suite d'un déjeuner, peut-être trop copieux. Deux vomissements alimentaires. Pas de diarrhée. Pas de douleur abdominale. Pas de fièvre. La santé de l'enfant paraît si peu atteinte que le Dr Valmont n'est même pas demandé; on se contente de laisser la fillette à la chambre jusqu'au mercredi, sans lui donner aucun médicament, et sans la purger. (C'est par erreur que, dans ma communication orale, j'ai parlé d'un purgatif administré ce jour-là).

Le mercredi 8, promenade, jeux habituels, bon appétit, selles normales; bref, santé parfaite.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, à 2 heures du matin, brusque réveil par des nausées répétées, bientôt suivies d'un vomissement bilieux et d'une assez vive douleur au niveau du creux épigastrique, s'irradiant jusqu'à l'épaule droite. Cette douleur de l'épaule droite s'était déjà montrée le lundi.

Le Dr Valmont voit l'enfant le jeudi matin; il n'y a pas de fièvre; le pouls est à 80; les nausées persistent; la douleur épigastrique a fait place à une douleur nettement localisée dans la région appendiculaire. Il existe un peu de ballonnement abdominal, sans empâtement perceptible au niveau de la fosse iliaque droite.

L'enfant est maintenue à la diète et au lit. On prescrit de l'opium à l'intérieur et des applications de glace sur le ventre. Sous l'influence de ce traitement, les nausées et la douleur de la fosse iliaque cèdent à peu près complètement dans la soirée, et, toujours sans l'ombre d'un mouvement fébrile, la fillette passe une assez bonne nuit.

Le vendredi matin, à 9 heures, l'état change brusquement : réapparition d'un vomissement, frisson violent, réveil d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite, ballonnement douloureux du ventre avec défense assez accusée des muscles de la paroi; facies tiré, langue blanche et un peu sèche; température de 39°3 et pouls à 120.

Cette crise douloureuse et fébrile, née brusquement à 9 heures du matin, cesse de même à 11 heures, pour faire place à un bien-être étonnant. La fillette reprend tout d'un coup bonne figure; elle se met à jouer sur son lit, en disant à tous qu'elle est guérie, et c'est dans cet état que je la trouve à 1 heure de l'après-midi, si bien qu'à mon arrivée, les parents s'excusent de m'avoir dérangé inutilement.

A ce moment (vendredi, 1 heure de l'après-midi, quatre heures après le frisson et deux heures après la brusque amélioration), voici ce que je constate : facies excellent, langue un peu blanche, mais très humide, odeur un peu aigrelette de l'haleine, la douleur de l'épaule droite persiste, ventre souple et sans ballonnement. Toute douleur abdominale spontanée a disparu; toutefois, une pression forte au niveau de la région appendiculaire éveille encore une sensation pénible, sourde et assez bien localisée. Il semble, en outre, qu'il y ait, non pas de l'empâtement, mais un peu de défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite. L'enfant est très gaie, elle a rendu des gaz par l'anus, elle a même eu une selle normale et elle demande à manger. Bref, si le diagnostic d'appendicite n'est pas douteux, il n'est pas moins certain que l'amélioration est considérable et bien faite pour inviter à l'abstention chirurgicale.

Il existe toutefois deux signes qui survivent à la crise du matin et qui me donnent l'éveil; la température, quoique abaissée, n'est pas tout à fait normale, et de plus le pouls est encore, non plus à 120, mais à 110. C'est en me basant sur cette accélération du pouls et sur sa discordance avec l'amélioration générale que je conseille l'incision immédiate, avec la prière de faire confirmer sans retard mon opinion par des con-

sultants autorisés. Je vous fais grâce de la douloureuse stupéfaction causée aux parents par cette déclaration inattendue. M. Dieulafoy et M. Hutinel viennent à 5 heures du soir, en compagnie du Dr Valmont. Ils affirment à leur tour la nécessité d'une intervention et j'opère à 7 heures, avec l'assistance de mes deux internes, en présence de mes amis, les Drs Valmont et Lescudé.

A l'ouverture du péritoine pariétal, issue d'un flot de sérosité trouble répandue au loin entre les anses intestinales et accumulée en quantité très abondante dans tout le petit bassin. Découverte de l'appendice, qui est couché derrière le cæcum et remonte assez haut vers le foie pour que son dégagement définitif nécessite l'agrandissement par en haut de l'incision abdominale. Il n'existe nulle part de pus véritable ni de tendance à un enkystement quelconque. L'appendice est énorme, gros au moins comme mon petit doigt, sphacélé en totalité jusqu'à demi-centimètre de son insertion cæcale et perforé en deux points qui laissent sourdre un liquide sanieux, noirâtre, extrêmement fétide. A l'intérieur de l'appendice se trouve un bloc de matières fécales durcies ayant la forme d'un haricot et constitué par une série de couches concentriques et stratifiées. Résection de l'appendice au ras du cæcum et enfouissement du petit moignon ligaturé sous un rang de sutures de Lembert, faites à la soie très fine. Lavage du péritoine et notamment de la cavité pelvienne avec de l'eau stérilisée chaude. Fermeture incomplète de la plaie abdominale, avec drainage de l'espèce de clapier sanieux laissé par l'ablation de l'appendice.

Cette opération date de vendredi soir; nous ne sommes aujourd'hui que mercredi, et les suites des interventions de cette nature nous réservent trop souvent de cruelles surprises, pour que je chante encore tout à fait victoire. Laissez-moi vous dire, cependant, que cette fillette qui, sans intervention immédiate, était vouée à une mort rapide autant que certaine, se trouve, à cette heure, en assez parfait état pour que je la considère comme sauvée.

Tel est le fait qu'il m'a paru bon de vous relater, voulant montrer une fois de plus à quel point les améliorations de l'appendicite peuvent être trompeuses et combien la formule de Dieulafoy « opérer toujours, et le plus vite possible », est urgente à suivre en pareil cas. Peut-être ceux d'entre vous qui défendent le plus les avantages de la temporisation me riposteront-ils que l'indication d'opérer était ici évidente et que pas un d'entre eux n'aurait manqué de la remplir avec le même succès que moi : soit, et j'en suis tout le premier très convaincu. Mais, à cela, je puis, à mon tour, répondre que si des chirurgiens aussi avisés que vous, se seraient gardés de temporiser en présence d'un cas semblable, il en est peut-être d'autres qui auraient hésité. En tout cas, et je puis l'affirmer par expérience, il y a sûrement des médecins, et de fort bons médecins, qui, s'en référant, soit à leur confiance personnelle dans les ressources du traitement médical, soit aux ten-

dances temporisatrices des meilleurs chirurgiens, n'auraient peut-être pas, si vite que le Dr Valmont, réclamé l'avis immédiat d'un opérateur. Ils auraient attendu jusqu'au soir, voire même jusqu'au lendemain, et dans le cas présent, le résultat n'eût pas été douteux : la fillette serait morte. Ce sont là, je crois, des vérités qu'on ne saura jamais proclamer trop haut, jusqu'à ce qu'elles soient devenues, pour tous, évidentes et lumineuses.

Cette considération me conduit à une remarque dernière à laquelle je me permets d'attacher une grande importance. Lorsque des questions aussi graves que le traitement de l'appendicite sont portées à cette tribune, il faut bien savoir que nous ne discutons pas seulement pour nous seuls et que vos jugements si autorisés deviennent souvent autant d'articles de foi pour un grand nombre de praticiens. Or, si l'on parcourt le dossier de la discussion actuelle, on y trouve surtout deux choses : d'une part, des considérations précieuses sur les nuances symptomatiques de l'appendicite ou sur les difficultés de savoir toujours quelle est la meilleure conduite à suivre, en présence de telle ou telle variété clinique ; et d'autre part, un blâme sévère pour les formules trop absolues, notamment pour celle que le professeur Dieulafoy a lancée du haut de la tribune académique en déclarant qu'on ne devait jamais mourir d'une appendicite opérée à *temps*.

Cela est fort bien ; mais je me demande si votre souci de ne pas dépasser la juste mesure n'aura pas une influence très différente de celle que vous souhaitez. Que nous fassions de constants efforts pour nous familiariser avec toutes les modalités cliniques de l'appendicite aiguë, pour bien montrer, comme le disait il y a un instant M. Berger, qu'il est antiraisonnable de soumettre tous les cas particuliers à une formule thérapeutique unique, rien de plus juste. C'est pour cela que les communications documentées et raisonnées, comme celles de M. Chauvel à l'Académie et de ceux d'entre vous qui, avec Jalaguier, Walter et Brun, ont pris la parole dans le même sens, présentent une si haute et si précieuse valeur. Tout chirurgien soucieux de rester clinicien ne saurait en disconvenir.

Mais, si tout cela est vrai, si toutes ces nuances cliniques sont nécessaires à mettre au clair, n'est-il pas beaucoup plus indispensable encore de placer en pleine et première lumière les dangers de mort qu'entraîne toute appendicite opérée *trop tard?* Pour ma part, j'en suis convaincu. J'ai vu les désastres que peut entraîner la temporisation, je n'ai jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, et c'est pour cela que je me permets de penser que la formule de Dieulafoy, pour exagérée qu'elle puisse être, n'en reste pas moins la formule à défendre et surtout à répandre.

Je sais bien qu'on lui fait un grand reproche. En cas de malheur, et chacun de nous a les siens, elle nous expose aux représailles des familles, voire même à celles de la justice ; et l'observation est juste. Mais, en vérité, qu'importe? Quand nous avons agi suivant notre conscience, quand nous avons fait pour le mieux, nous devons nous sentir les épaules assez larges pour négliger les avatars de cet ordre. J'en parle d'autant plus à mon aise que, pour mon compte, je me suis déjà mesuré, sinon avec la justice, du moins avec les appréciations déclamatoires et désobligeantes de cette fameuse presse qui, dans les temps présents, se mêle si souvent de nos affaires. Et je n'en garde pas moins la conviction que nous ne devons rien faire qui puisse troubler l'orientation si juste que les travaux de Dieulafoy ont donnée à l'évolution actuelle du traitement chirurgical de l'appendicite. Ses formules sont absolues; elles sont donc sujettes à critique, mais elles sont simplistes et, dans l'espèce, c'est ce qu'il faut.

Que malades et médecins soient bien vite convaincus que toute appendicite doit être opérée *à temps* sous peine de mort, on ne peut rien souhaiter de mieux. Nous n'en conserverons pas moins le devoir de rester assez bons cliniciens pour n'opérer qu'au moment propice, ou même pour ne pas opérer du tout; mais, nous serons appelés *à temps*, et si quelques inévitables déboires viennent troubler notre quiétude, j'imagine que nos vicissitudes passagères et toutes personnelles s'effaceront bien vite à la pensée des nombreuses existences sauvées par l'adoption définitive des idées dont le professeur Dieulafoy s'est fait le promoteur.

M. Broca. — Au nom des opportunistes, j'affirme que nous opérons aussitôt que possible quand il y a désaccord entre le pouls et la température; par exemple, 37 degrés et 110 pulsations suffisent pour me décider à l'intervention.

Présentation de pièces.

M. Demoulin présente une *hernie inguinale congénitale primitive de la trompe.*

Remis à l'examen d'une commission : M. Félizet, rapporteur.

Corps étranger du vagin.

M. Hartmann présente, au nom du Dr Dujon (de Moulins), une boîte métallique restée enkystée au fond du vagin. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, dans le vagin de laquelle deux jeunes gens avaient introduit cinq ans auparavant une boîte de pommade, métallique. Elle n'avait pu la retirer et n'avait jamais osé en parler. Comme depuis deux ans elle présente une suppuration fétide qui la fait renvoyer de toutes les places où elle entre, elle se décide à se faire examiner.

Le fond du vagin est occupé par un rétrécissement fibreux n'admettant pas l'index; on enlève, après dilatation, le couvercle, puis le fond de la boîte, dont une aspérité avait déterminé une petite perforation rectale. La malade guérit sans incident avec fermeture spontanée de la fistule recto-vaginale

---

Corps étranger de l'urèthre.

M. Hartmann présente de même, au nom du Dr Dujon (de Moulins), une bougie n° 16, dont l'extrémité cassée était restée en arrière d'un rétrécissement du canal; cette extrémité de bougie fut retirée avec la pince uréthrale à bec de canard de Colin.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Fracture intra-articulaire guérie par le massage.

M. Paul Reynier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'un malade âgé de quatre-vingts ans, qui est entré dans mon service au mois de novembre dernier pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, col anatomique. Je le fis traiter par le massage, institué dès les premiers jours.

Au bout d'un mois, le malade quittait mon service complètement guéri, ayant tous les mouvements de son articulation. Je lui fis faire à ce moment la radiographie de son articulation. Sur cette radiographie, que je vous présente, vous pouvez voir que nous avions eu affaire à une fracture par pénétration. Le grand trochanter et la sphère articulaire ont été détachés et se sont ressoudés.

Un mois après sa sortie de l'hôpital, mon malade revenait pour une rétention d'urine d'origine prostatique. On fut obligé de lui mettre une sonde à demeure ; sa vessie s'infecta, il eut de la néphrite, et finalement il mourait.

Je fis faire l'autopsie, et je vous présente aujourd'hui les pièces de l'ancienne fracture. Vous pouvez voir que la consolidation est parfaite, malgré l'aspect sénile de la diaphyse, qui est presque réduite à une sorte de coque ; tout le tissu spongieux s'est raréfié.

Ce fait vient donc à l'appui des idées soutenues par M. Lucas-Championnière de l'utilité des massages précoces dans les fractures intra-articulaires.

Ici, au point de vue des fonctions et de la consolidation, le massage a donné un résultat qu'aucun traitement n'aurait pu donner aussi rapidement.

Corps étranger de l'œsophage.

M. le Dr LAVAL. — J'ai l'honneur de vous présenter *un fragment d'os* de 33 millimètres, qui, avalé par une dame, s'était fixé aux environs du second rétrécissement physiologique de l'œsophage, à 7 ou 8 centimètres au-dessous du cricoïde. J'ai pu extraire ce corps étranger avec le panier de de Grœfe.

Ce cas m'a paru intéressant, d'une part, en raison de l'atténuation des symptômes cliniques (légère dysphagie, sensation de boule dans l'œsophage) ; d'autre part, en raison de la gravité des accidents qu'aurait pu entraîner cet os à extrémités très aiguës, si je m'étais reposé sur les apparences de bénignité de ce cas pour temporiser et attendre une guérison spontanée.

Election

D'UN MEMBRE TITULAIRE

Nombre de votants : 34; majorité absolue: 18.

MM. Rochard	. . . .	29 voix.
Verchère	. . . .	2 —
Beurnier	. . . .	1 —

M. Rochard est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une note de M. A. Reverdin, membre correspondant, note qui sera lue au cours de la séance.

A propos de la correspondance.

M. Bazy présente à la Société une observation de M. Legueu, sur *Un cas d'uretéro-cysto-néostomie, pratiquée au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus.*

L'observation de M. Legueu est remise à l'examen d'une Commission : M. Bazy, rapporteur.

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite (suite).

M. P. Michaux. — Un seul point est véritablement en litige dans la discussion pendante sur le traitement de l'appendicite : Que faut-il faire en présence d'une appendicite aiguë ?

Nous sommes appelés auprès d'un malade qui souffre depuis un, deux ou trois jours; les symptômes deviennent inquiétants, la

température est à 38 degrés, 38°5, 39 degrés, le pouls à 80, 90, ou même au-dessus, la respiration est anxieuse; la constipation est absolue, le malade n'a pas rendu de gaz par l'anus, le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite plus ou moins empâtée, la paroi abdominale est rétractée, en défense; il y a des vomissements alimentaires, bilieux ou même porracés.

Quelle conduite faut-il tenir? — Surveiller et attendre en faisant un traitement médical énergique, injections de sérum, opium à haute dose, diète, applications de glace sur le ventre ou bien intervenir de suite ?

Pour ma part, je me déclare franchement partisan de l'intervention immédiate, et je vais essayer de justifier cette manière de voir.

Pratiquement, en présence d'un cas donné, je crois tout d'abord que bien souvent, il n'y aurait pas de discussion et que dans bien des cas, l'opération serait conseillée par nos collègues comme par nous-même.

Je vais plus loin, je concède que la formule du traitement médical ou de l'expectation armée est bonne entre les mains de collègues comme MM. Brun, Jalaguier, Broca; sans doute on est ainsi conduit à opérer à froid avec un danger moindre; sans doute nos collègues suivant de près leurs malades plusieurs fois par jour, avec des tracés thermométriques minutieusement pris, ne risquent guère de manquer l'heure propice de l'intervention; mais, il y a en outre une question de doctrine, théoriquement tranchée par le public et par les médecins. Ici, le doute ne me paraît plus permis; à ce point de vue, la doctrine du traitement médical est funeste et je partage absolument sur ce point l'opinion de nos collègues Poirier, Routier, Tuffier, Segond.

Aux yeux des malades, de leurs familles, des médecins eux-mêmes, le traitement médical, mal interprété, devient synonyme d'abstention quand même, c'est la dénégation absolue de l'intervention chirurgicale.

Comment voulez-vous que des malades ignorants, des familles impressionnées par tant de lectures et de communications diverses se fassent une idée nette et précise de leur devoir quand nous voyons un très grand nombre de praticiens des plus distingués et des plus soigneux, et des maîtres éminents en médecine contredire toutes nos assertions et, s'appuyant sur des communications mal interprétées, recommander l'abstention et le traitement médical à outrance.

Deux ordres de faits, beaucoup trop laissés dans l'ombre par les médecins, me paraissent établir d'une façon incontestable cette influence néfaste du traitement médical.

Je veux parler : 1° de la fréquence relative des péritonites septiques diffuses et de la difficulté de leur diagnostic; 2° de toute une catégorie de cas d'appendicite compliqués de lésions intestinales, d'ulcérations parfois irrémédiables qui résultent uniquement du retard apporté à l'intervention.

La péritonite diffuse septique ou purulente n'est pas une complication rare de l'appendicite; surtout en opérant de bonne heure, on a parfois des séries heureuses sans en rencontrer, mais dans d'autres moments on tombe sur des séries noires : En 1897, j'ai été appelé cinq fois en ville pour des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. Au cours de cette discussion, notre collègue Broca nous a rapporté 32 cas de péritonites sur 200 cas, Kirmisson 12 cas, Chaput 17 cas sur 60, Tuffier 9 cas. Pour ma part sur environ 80 cas d'appendicite, j'ai observé 8 cas de péritonite généralisée, avec 6 morts et 2 guérisons. Le groupement de ces faits montre donc bien que la fréquence de la péritonite diffuse n'est pas à dédaigner.

Sans vouloir retracer ici les caractères cliniques de cette redoutable complication qui ne pardonne guère puisqu'elle donne 28 morts sur 32 à Broca, 17 morts sur 17 à Chaput, 12 morts sur 12 à Kirmisson, on ne saurait trop souligner les difficultés du diagnostic au début. Là est le véritable danger. Combien de fois ne nous est-il pas arrivé en ouvrant la cavité péritonéale d'un malade ayant l'abdomen plat, les anses intestinales non météorisées, les muscles contractés, une température aux environs de 38 degrés, un pouls marquant 80, 90 pulsations, d'être surpris de trouver la cavité péritonéale pleine de liquide septique, voire même purulent? Comment voulez-vous que dans ces conditions nos collègues de médecine et les praticiens les meilleurs et les plus consciencieux reconnaissent en temps voulu cette complication que rien ne vient pour ainsi dire révéler dans sa première période? Tous ces confrères n'ont pas été comme nous les témoins de ces séries pénibles, ils ont rencontré de temps à autre un de ces faits, mais ils ne peuvent en avoir été impressionnés comme nous le sommes par le faisceau de preuves que nous avons vu, et que j'ai rapporté tout à l'heure.

Cette difficulté extrême de reconnaître et de dépister la péritonite généralisée nous conduit en pareil cas à intervenir toujours trop tard. Nous savons bien cependant que nous ne pouvons guérir ces péritonites généralisées qu'en intervenant de très bonne heure. Dans les deux cas où je me suis trouvé en présence d'une péritonite généralisée que j'ai été assez heureux pour guérir, mes malades n'ont dû leur guérison qu'à mon intervention extrêmement hâtive. Il n'y avait aucun ballonnement du ventre,

pas de vomissements, la température et le pouls n'indiquaient nullement cette complication grave et pourtant l'appendice était perforé dans un cas, sectionné complètement dans l'autre, il n'y avait pas trace d'adhérences, les anses intestinales baignaient dans une sérosité louche qui n'était pas encore du pus mais qui n'aurait pas tardé à le devenir. Il a fallu néanmoins des efforts surhumains pour faire vivre ces malades.

D'ailleurs, tout ce que nous savons des péritonites par perforation, perforation des voies biliaires, perforation des ulcères gastriques ou duodénaux, tout ce que nous savons de la chirurgie du péritoine est là pour démontrer les bienfaits d'une intervention hâtive; toutes les statistiques concordent pour prouver que plus l'intervention est précoce, plus elle a de chances d'être couronnée de succès, plus le nombre des guérisons augmente, pourquoi voulez-vous qu'il en soit autrement de la perforation septique d'un appendice intestinal rempli de coli-bacilles associés ou non à une quantité d'autres microbes non moins malfaisants.

La doctrine du traitement médical est donc néfaste :

1° Parce qu'elle augmente la fréquence des cas de péritonite généralisée;

2° Parce qu'elle nous empêche de la prévenir en intervenant de très bonne heure;

3° Enfin, parce qu'elle diminue le nombre des chances que nous aurions de la guérir en intervenant plus hâtivement.

Ce n'est pas tout, il reste encore toute une catégorie de cas lents et bâtards d'abcès pelviens profonds, d'abcès sous-hépatiques, d'abcès périrénaux ou lombaires qui résultent d'une situation anormale de l'appendice. Ici encore que d'erreurs de diagnostic, que de difficultés pour le praticien. Comment voulez-vous qu'en présence de tant de symptômes anormaux, de localisations éloignées, il songe à une appendicite, et s'il n'y songe pas, comment peut-il appeler à temps le chirurgien?

Combien d'entre eux songent à pratiquer le toucher rectal qui permet seul de reconnaître ou de soupçonner un abcès pelvien profond?

Que résulte-t-il encore de ce retard? c'est que l'affection n'est reconnue et le chirurgien appelé qu'à une période où l'infection est plus étendue, où d'autres collections se sont formées dans le voisinage, dans la fosse iliaque gauche, au milieu d'anses intestinales. On a beau intervenir largement alors, inciser en plusieurs endroits les collections purulentes pour les bien drainer, on ne peut se rendre maître de l'infection devenue trop profonde; des désordres irrémédiables se sont produits du côté de l'intestin, les parois du cæcum, de l'intestin grêle se sont sphacélées, des ulcé-

rations étendues ou multiples déversent les matières intestinales dans la cavité de l'abcès, et les malades succombent à l'hecticité sans qu'il soit possible de les remonter suffisamment pour réparer ces graves désordres.

J'ai, pour ma part, gardé profondément gravé dans ma mémoire le triste souvenir de deux cas de ce genre d'intervention très tardive, qui se sont terminés par la mort. Dans l'un de ces faits, il y avait un énorme foyer dans la fosse iliaque se prolongeant sous le rein, et un autre foyer dans la fosse iliaque gauche, le sujet, un adulte vigoureux de vingt et un ans, était malade depuis dix jours; il avait été vu et très attentivement soigné par un ancien interne des hôpitaux qui n'avait cessé d'administrer les opiacés, d'appliquer de la glace sur le ventre, attendant toujours une résolution qui ne vint pas; appelé au dixième jour, je dus faire très rapidement trois grandes incisions, malgré tous mes efforts, le malade succomba quarante-huit heures après.

L'autre malade, était une charmante jeune fille de seize ans, suivie plusieurs fois par jour par un excellent médecin, il avait appelé en consultation deux de nos collègues, médecins des hôpitaux des plus distingués, on hésitait entre une fièvre typhoïde, une grippe infectieuse, il y avait eu des selles fétides et diarrhéiques, le ventre était plat, douloureux; on m'appela au quatorzième jour, il y avait une collection à droite, un abcès pelvien distinct, un foyer à gauche, les trois furent ouverts, mais le foyer pelvien était en communication avec l'intestin grêle qui s'était ulcéré en deux points au contact d'un appendice extrêmement altéré; malgré quinze jours d'efforts et de lutte incessante, je ne pus sauver cette jeune fille.

Je conclus donc que la temporisation, résultant de la doctrine du traitement médical est une doctrine néfaste qui augmente la mortalité de l'appendicite et je me déclare partisan convaincu de l'intervention hâtive qui permet seule de prévenir les complications graves de l'appendicite aiguë.

M. Gérard Marchant. — Je m'excuserais de prolonger cette discussion sur l'appendicite si chacun de nous n'avait pas le devoir d'apporter ici le résultat de sa pratique : il me semble que si médecins (abstentionnistes) et chirurgiens (interventionnistes) fournissaient leur statistique, ces chiffres seraient plus éloquents, plus significatifs que toutes nos appréciations. Nous saurions, par exemple, s'il y a réellement avantage à opérer ce que j'appellerai les formes *simplement douloureuses* de l'appendicite, et si les faits si *troublants*, si *impressionnants* fournis par nos collègues, de morts par hésitation opératoire ne sont pas des exceptions.

Si ma voix dépassait cette enceinte, je réclamerais de mes collègues de la Société médicale des hôpitaux cette enquête comparative.

J'ai, pour ma part, opéré 56 cas d'appendicite qui se subdivisent ainsi :

14 opérations à froid,

37 opérations pour abcès appendiculaires avec 2 morts.

5 opérations pour péritonite avec 3 morts.

Soit 5 morts sur 56 *interventions.*

Nous admettons tous d'une façon générale qu'il faut opérer les *appendicites* avec *abcès*, et les formes plus *graves* avec *perforation de l'appendicite* et *péritonite.*

Nous différons seulement *sur le moment de l'intervention dans les collections cæcales*, et sur l'*opportunité* de l'opération dans les *péritonites.*

La question surtout en litige est de savoir *s'il faut opérer toutes les appendicites* qui ne s'accompagnent ni de *tuméfaction*, ni d'*abcès*, ni de *péritonite*, d'aucun *phénomène local ou général*, autre que la *douleur*, au niveau du point de Mac Burney.

Je réponds pour ma part avec conviction : non !

Vous êtes appelé auprès d'une jeune fille prise brusquement, trois à quatre heures après le dîner, d'une vive douleur dans le ventre, quelquefois localisée à la fosse iliaque droite, se traduisant souvent aussi par la sensation d'une barre au niveau de l'estomac. Votre cliente a vomi toute la nuit, elle se sent encore toute barbouillée, et le moindre changement dans le décubitus réveille les nausées. Le pouls est à 90, la température normale, la langue blanche.

Vous allez droit à l'appendicite et vous provoquez une vive douleur : la paroi abdominale refoulée avec précaution et abandonnée à elle-même réveille cette sensibilité; vous cherchez en vain l'appendice, une tuméfaction quelconque ; le ventre est modérément tendu.

Un traitement médical sérieux est institué, repos absolu, glace sur le ventre, opium à l'intérieur, diète lactée, et en trois jours vous assistez à la disparition progressive de ces accidents aigus.

Voici une autre malade qui a de l'ictère d'abord, de la douleur au niveau de l'angle du côlon, en se rapprochant du cæcum, puis, au niveau de l'appendice : vous êtes le témoin d'une sorte de colite descendante, si je puis ainsi dire, avec troubles gastriques, vomissements et nausées persistantes. En cinq jours, la crise se termine sans avoir amené ni fièvre ni élévation du pouls.

Eh bien, je pourrais vous citer six cas semblables dans lesquels je ne suis pas intervenu. J'ai suivi presque heure par heure les

malades pendant la durée de leur crise, prêt à intervenir au moindre signal; je n'ai pas trouvé que ces appendices simplement *douloureux*, sans aucune réaction, fussent motif suffisant à intervention.

Si ces crises se reproduisaient chez ces malades, il est clair que j'interviendrais, car cette répétition indiquerait une infection de l'appendice.

Je concède aussi que lorsque ces accidents bénins surviennent chez un sujet qui doit s'expatrier, exposé à manquer de secours chirurgical, je n'hésite pas à proposer la *résection de l'appendice;* et M. Berger se souvient bien d'un jeune étudiant que j'opérai dans ces conditions, et avec son amical concours; nous trouvâmes un appendice petit, à vascularisation plus accusée qu'à l'ordinaire, à peine effleuré, pour ainsi dire, par l'appendicite.

Bien plus embarrassants sont les cas de ces malades qui viennent dans votre cabinet, ou à l'hôpital vous demandant de les opérer d'appendicite. Ils ont *eu une crise*, mais vous n'en trouvez *aucune trace* par la palpation la *plus attentive*. Un médecin les a vus, vous disent-ils.

Eh bien, cette affirmation ne doit pas vous suffire pour intervenir. Je ne saurais porter atteinte, en aucune façon, à la valeur de mes confrères. Je me persuade tous les jours de plus en plus qu'il n'y a pas de métier plus difficile que le nôtre, et que, si nous partons en guerre, sur le simple *renseignement* DOULEUR, nous nous exposons aux pires erreurs et même à des désastres.

Rien, en effet, n'est *plus facile* ou *plus délicat* que le diagnostic de l'appendicite.

Un de mes maîtres me prie d'opérer une femme d'appendicite : Je trouve un ovaire scléro-kystique. Un jour, chez une seconde malade, à la place de l'appendice que nous croyions infecté, et qui *était sain*, je découvre des ganglions caséeux autour de la portion terminale du cæcum.

Et ces deux autres sujets, dont l'histoire est plus caractéristique encore; le premier est un enfant, vu par un de nos spécialistes respectés. Ce garçonnet est atteint d'une appendicite à répétition. Plombières ne le guérit pas et il doit être opéré. J'apprends que les crises d'appendicite débutent après des exercices de gymnastique, de la fatigue; que ces crises se caractérisent par des vomissements et des douleurs telles que l'enfant reste comme plié en deux..,..

Savez-vous ce qu'avait cet enfant? Un testicule qui s'engageait dans le canal inguinal droit, et un bandage en fourche a suffi pour le guérir.

J'ai la lettre d'un de nos maîtres, clinicien de premier ordre,

m'adressant un client atteint d'appendicite, et me demandant mon avis sur l'opportunité d'un traitement médical ou d'une intervention.

J'explore la fosse iliaque sans rien trouver. L'endroit de la douleur est bien précisé. « Combien de crises avez-vous eues ? — Mais deux ou trois par semaine, le soir quand je suis fatigué, et surtout à l'école à la fin du repas. Je n'ai jamais de douleur debout ou couché. »

J'explore le canal inguinal du côté droit, le doigt y pénètre, le testicule y est refoulé, pressé, et le malade s'écrie : « Voilà ma douleur ! »

Le diagnostic de l'appendicite est donc parfois difficile, incertain, et lorsque l'élément douleur est le seul phénomène objectif, il ne suffit pas, à mes yeux, pour justifier une opération aussi délicate que la laparotomie.

Ce langage paraîtrait étrange dans la bouche d'un chirurgien s'il ne s'adressait à des collègues, qui savent que dans ces opérations, ils sont à la merci d'*un instrument*, d'*un fil*, d'*une compresse*, sans parler des *mains* des aides et des *aléas* de l'anesthésie. Transportez-vous par la pensée en dehors de vos services, et voyez les conséquences de ces actes opératoires !

Ces *restrictions faites*, je reste un *partisan convaincu* de l'intervention, chaque fois qu'il existe dans la fosse iliaque de l'*empatement, quelque chose de tangible*, et à fortiori *des abcès ou une péritonite.*

Dans le doute, je pense qu'il faut intervenir.

A quel moment convient-il d'opérer dans ces différentes modalités cliniques ?

Il est une forme plastique de l'appendicite, si je puis ainsi dire. Le cæcum forme alors une sorte de renflement, de boudin, que nous appelions autrefois *typhlite*. La douleur exquise siège à la partie externe ou médiane de cette masse arrondie, et la sensibilité du boyau cæcal contraste avec l'indolence du ventre, indolence absolue à mesure qu'on s'éloigne de la zone malade. Le ventre peut être légèrement météorisé, la fièvre est modérée, le pouls parallèle à la température. Le sujet urine bien, sans douleur, en quantité suffisante. Les vomissements se sont arrêtés. La percussion, à laquelle j'attache une grande importance dans le diagnostic des abcès, ne signale pas de matité dans la fosse iliaque et l'exploration rectale ne donne pas l'impression de tuméfaction douloureuse, révélatrice d'un abcès. Ce sont ces cas que M. Routier a bien étudiés un des premiers, et dans lesquels vous pouvez, à l'avance, faire l'anatomie pathologique. Le grand épiploon est venu s'enrouler en dehors, en avant, et même en dedans du

cæcum, formant comme une barrière protectrice autour du foyer infectant de l'appendice !

C'est dans ces cas, dans les formes *plastiques*, *rassurantes* de l'appendicite, que l'on peut sans danger attendre la fin de la période aiguë et opérer pour ainsi dire *à froid*. Souvent, malgré la fièvre, la douleur, vous pourrez annoncer qu'il s'agit d'*appendicite*, avec *épiploïte péri-cæcale*, *sans abcès*, le travail de *séquestration*, au voisinage de l'appendice infecté commandant la fièvre. C'est dans ces formes que le cæcum participe à l'inflammation ; il est épaissi, cartonneux, lie-de-vin, tapissé de fausses membranes blanches et adhérentes.

Il faut savoir réséquer avec l'appendice la portion d'épiploon envahie par le processus infectieux.

En dehors de ce type bien défini, et connu de tous, je ne com prends guère, chez l'*adulte*, l'*expectation*. Temporiser, en cas d'abcès, me semble illogique et dangereux, surtout au voisinage ou plutôt dans l'intérieur de la grande cavité péritonéale.

J'attribue à l'ouverture tardive d'un foyer des accidents mortels dont je vais vous parler.

Le 31 décembre 1898, j'opère un homme de quarante-neuf ans, au quatorzième jour d'un début d'appendicite ; je trouve un énorme foyer purulent, à odeur fétide, avec appendice gangrené et flétri. Le cinquième jour de notre intervention, alors que, de par la température (36°8) le pouls (72 p.) et l'état général, nous considérions cet opéré comme hors de danger, il accuse une légère douleur au gras du mollet droit ; je soupçonne une phlébite plutôt que je ne la constate. Je parle dans l'entourage du malade de la possibilité d'une embolie, et moins de quatre heures après, ce malheureux, en causant de son bien-être, de sa convalescence, est pris d'une suffocation violente, et en trente minutes, il succombe à cette complication. La durée de l'infection n'est-elle pas pour quelque chose dans la pathogénie de cette phlébite ?

Une histoire aussi lamentable est celle de cette fillette de onze ans et demi dont le professeur Dieulafoy a raconté l'histoire à l'Académie de médecine.

Elle était malade depuis trois semaines lorsque je fus appelé auprès d'elle par son médecin.

Je trouve une enfant amaigrie, pâle, avec un ventre légèrement météorisé, douloureux surtout dans la région hypogastrique et du flanc droit. Le point de Mac Burney est des plus nets.

Une palpation légère rendue difficile par la douleur et la défense musculaire permet de constater une masse indurée, occupant la fosse iliaque droite, confinant à la ligne médiane, et la dépassant même à gauche.

Dans toute cette zone indurée, la matité existe et contraste avec la sonorité des parties voisines.

Par le toucher rectal combiné à la palpation abdominale, on délimite une poche rénitente mais dépressible.

Je porte le diagnostic d'abcès d'origine appendiculaire, et j'opère en hâte cette enfant. Je trouve un demi-litre d'un pus très odorant. Cette collection était limitée par un gâteau d'anses intestinales agglutinées.

Moins de quarante-huit heures après cette opération, qui avait été simple, facile, exempte d'accidents, et dont nous escomptions déjà le résultat favorable, en raison de l'amélioration immédiate (chute de la température, du pouls, des douleurs), cette enfant était prise d'une teinte subictérique des conjonctives. Simultanément se montrait une agitation, caractérisée par des mouvements de la tête; elle l'incline constamment en avant comme pour saluer et en même temps elle se dévie du côté droit. Ces mouvements involontaires, impossibles à réprimer, se répètent plusieurs fois par minute. La joue droite est plaquée de rouge. L'enfant pousse des cris. Quelques heures après, coma et mort sans que les phénomènes moteurs aient changé de caractère.

La veille de l'issue fatale, le pansement avait été refait et avait révélé un silence absolu du côté de la plaie et de l'abdomen.

Le pus recueilli au moment de l'opération avec une pipette stérilisée et ensemencé a donné naissance à *une colonie de streptocoques.*

Cette intoxication qui ne peut être attribuée à l'iodoforme, puisque j'avais fait un Mickulicz à la gaze salolée, cette intoxication ne se serait pas produite si cette enfant avait été opérée quinze jours plus tôt.

Je ne veux pas prolonger ce débat, mais je pourrais vous citer encore le cas du jeune Robert D..., âgé de neuf ans et demi, opéré au *quatorzième jour* d'un abcès d'origine appendiculaire, et chez lequel j'assistai à l'évolution d'un second abcès du côté gauche, manifestement lié au premier.

Et je ne parle pas des lésions locales associées à ces collections purulentes, *altération de la paroi cæcale* allant de *l'état congestif* jusqu'à la *plaque de sphacèle*, à *l'ulcération perforante*, ainsi que M. Michaux et moi en avons rencontré chez un étudiant en médecine; n'est-ce pas là l'origine de quelques-unes de ces fistules intestinales secondaires, qui se réparent le plus souvent par un processus naturel?

Restent les *péritonites généralisées* : je crois en avoir fourni ici des cas indiscutables, terminés par la guérison, et je persiste à croire qu'il faut les opérer sans retard, lorsque, bien entendu,

l'infection ou l'intoxication n'ont pas sidéré, plombé le sujet et rendu toute intervention illusoire.

Quelques mots, en terminant, sur le manuel opératoire.

La *laparotomie latérale* me semble indiquée chaque fois qu'il s'agit d'une appendicite à froid, ou *avec abcès enkysté.*

Dans le cas d'*infection péritonéale*, ou d'abcès ayant dépassé les limites de la région cæcale, dans les formes rares d'abcès des deux fosses iliaques, c'est à la *laparotomie médiane* que j'ai recours

J'ai adopté l'incision tangente au bord externe du muscle droit pour la laparotomie latérale. Je fais remarquer ses inconvénients dans le cas où l'abcès est profond, lointain, pelvien.

La recherche de l'appendice me semble un jeu dangereux, dans le cas où ne le rencontrant pas d'emblée dans le foyer abcédé, il faut, pour le trouver, rompre des adhérences protectrices. Jusqu'au jour où il sera démontré que ce pus virulent est sans effet sur le péritoine, je penserai que *faire le nécessaire avec le minimum de dégâts* est le premier devoir de l'opérateur.

Nous savons tous aussi que dans les *appendicites anciennes*, les parties malades sont à ce point fusionnées, que pour trouver quand même l'appendice on s'expose à des déchirures de la paroi intestinale.

Cette manière de voir vous explique pourquoi, sur cinquante-six opérations, j'ai laissé l'appendice quatorze fois, sans que, jusqu'à cette heure, j'aie eu à regretter, en quoi que ce soit, cette pratique.

Je signale accessoirement, dans la reconstitution des plans, l'hémorragie qui résulte de la piqûre de l'artère épigastrique, si l'on néglige de ne prendre avec l'aiguille que l'extrême bord du droit externe.

A l'exemple de vous tous, je fais le drainage avec un Mickulicz, dans le cas où le foyer ne me semble pas suffisamment aseptique; je pratique même un double drainage du côté de la cavité abdominale, lorsque la résection d'une portion de l'épiploon a été rendue nécessaire.

Je ne retrouve dans mes observations que trois cas d'*éventration latérale*, que j'ai traités par le procédé si anatomique de M. Quénu pour les éventrations médianes.

En résumé, je suis un partisan convaincu de l'intervention *hâtive*, *précoce*, surtout dans les formes abcédées et péritonitiques de l'appendicite.

Mais une simple douleur du côté de l'appendice, avec une réaction locale et générale modérée, et tendance régressive sous l'influence du traitement médical rigoureux, ne commande pas à mes yeux l'opération.

Celle-ci se justifie, au contraire, lorsque la crise *s'aggrave*, *se*

répète ou que le sujet est exposé à se trouver loin de tout secours chirurgical.

En cas de doute sur l'étendue du mal, il vaut mieux opérer.

Bien diagnostiquée, bien surveillée, c'est-à-dire opérée à temps, l'appendicite doit guérir, et c'est ainsi que j'interprète la pensée du professeur Dieulafoy.

Mais elle n'en reste pas moins une affection insidieuse, grave par elle-même, par ses complications immédiates ou éloignées (rénales) et par l'opération qu'elle commande dans la presque totalité des cas.

M. Hartmann. — Je ne m'étais pas fait inscrire au début de la discussion qui vient d'avoir lieu sur le traitement de l'appendicite, parce que je n'avais, me semblait-il, rien de nouveau à dire sur la question. Je demande aujourd'hui la parole parce qu'il me semble que la discussion actuelle aura une influence néfaste sur bon nombre de médecins qui, ne lisant pas nos bulletins, se contentant des comptes rendus sommaires des journaux, penseront, à tort selon moi, que cette discussion est la preuve qu'on tend à revenir au vieux traitement médical de l'antique typhlite.

Le professeur Dieulafoy, menant avec nous le bon combat, était, par son talent d'exposition, arrivé à faire admettre par ses collègues en médecine que l'appendicite était une maladie chirurgicale. Et voici que par une interprétation erronée de notre discussion, bon nombre de médecins commencent dès aujourd'hui à dire : vous voyez bien que Dieulafoy avait exagéré ; les chirurgiens eux-mêmes reviennent au traitement médical. Lisez la dernière communication faite sur la question par un médecin, celle de M. Ferrand, la semaine dernière, à l'Académie, vous verrez quel appui il croit trouver dans notre discussion pour soutenir que l'appendicite, dans bon nombre de cas, guérit par le traitement médical, que les laxatifs sont même indiqués pour combattre les menaces d'appendicite.

Or, Messieurs, je vous le demande, croyez-vous que l'appendicite soit une affection médicale devant être traitée médicalement? vous élevez-vous contre ce qu'a dit Dieulafoy, contre ce qu'il était arrivé à faire accepter aux médecins, contre la *conception de l'appendicite, affection chirurgicale?* Non, vous considérez, sinon tous, tout au moins presque tous, que, *dans tous les cas, l'appendicite doit être traitée chirurgicalement.* Vous ne voulez pas qu'un malade garde un appendice perforé, et si quelques-uns parmi vous (ils sont rares) admettent qu'un malade qui a eu une attaque légère, ce que Talamon appelle une colique appendiculaire, peut être abandonné à lui-même, à peu près tous vous êtes de l'avis de

Roux, lorsqu'il disait en 1895, au Congrès de chirurgie, dans son langage imagé : « Le seul moyen de guérison absolue pour tout individu qui a eu, ne fût-ce qu'une seule crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche. »

Notre collègue Jalaguier, qui ne passe pas pour un interventionniste exagéré, n'hésite pas à écrire : « L'ablation de l'appendice, après une crise nettement diagnostiquée, est une mesure de prudence tout à fait justifiée ; pour ma part, je suis partisan de l'intervention. »

M. Brun, qui passe à tort pour un non interventionniste, conseille l'ablation de l'appendice, non seulement après une crise, mais même dans les cas d'appendicite chronique n'ayant pas encore donné de crise. Il y a sur ce point accord à peu près unanime. *Tout appendice malade réclame une opération.*

C'est là le point capital de la question. S'il n'est pas nettement précisé au cours de cette discussion, si les médecins ne sont pas convaincus de ce fait, que tout malade atteint d'appendicite, même guérie en apparence, reste sous le coup d'une rechute, d'une perforation qui peut être rapidement mortelle, nous reviendrons au temps où nous n'étions appelés que dans les cas désespérés, nous verrons de nouveau les appendicites mourir en grand nombre, revoyant en même temps ces suppurations iliaques graves, ces fistules pyostercorales qui préoccupaient tant nos prédécesseurs et qui ont à peu près disparu de nos services de chirurgie.

Ce n'est pas ce que vous voulez. Contrairement à l'interprétation donnée par quelques médecins à notre discussion, l'appendicite continue à être pour nous une maladie d'ordre chirurgical.

L'intervention est obligatoire dans l'appendicite, elle l'est dans tous les cas, a dit Reclus dans sa très intéressante communication à l'Académie.

Un seul point nous sépare, la question du moment le plus favorable pour l'intervention. MM. Jalaguier, Brun, Broca, Walther, Berger s'élèvent contre l'intervention précoce, contre l'opération à chaud.

MM. Poirier, Tuffier, Chaput, Segond, Routier, Pozzi, Kirmisson, Michaux veulent au contraire qu'on opère rapidement, et chacun apporte à l'appui de l'opinion qu'il soutient d'excellents arguments. Si j'excepte notre collègue Tuffier, aucun ne me semble avoir exprimé avec netteté ce que doit être, au début, le traitement de l'appendicite. Au lieu de dire carrément aux médecins ce qui est désirable, ce qui donnera, au point de vue thérapeutique, les meilleurs résultats, la plupart d'entre nous se sont attachés à rechercher la meilleure ligne de conduite en présence

des cas, tels qu'on nous les amène actuellement, sans préciser d'abord que si nous discutons ces divers traitements, c'est parce qu'on ne nous permet pas de faire d'emblée le traitement de choix.

Notre discussion me rappelle un peu celles qui avaient lieu autrefois sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Alors, comme aujourd'hui, on apportait des guérisons par le traitement médical; alors comme aujourd'hui, on temporisait, se tenant prêt à agir, et l'on n'intervenait que d'après des signes déterminés. La perforation pouvant guérir spontanément, on ne prenait le bistouri qu'une fois les signes de la péritonite déclarés, et l'on opérait trop tard. La question est tranchée aujourd'hui et l'intervention immédiate à peu près universellement acceptée. Les résultats, sans être merveilleux, sont beaucoup meilleurs qu'autrefois.

Or, en présence d'une appendicite, qu'avons-nous? Un petit diverticule intestinal qui, enflammé, peut voir son inflammation se propager au péritoine, qui même peut se perforer, causer une péritonite septique, diffuse, à peu près constamment, sinon constamment, mortelle, et l'on discute, et l'on perd du temps à attendre, à chercher à circonscrire l'inflammation, sans chercher à la prévenir, alors qu'on ne sait jamais *a priori* ce qu'elle va être.

Pour ma part, je n'ai pas l'ombre d'une hésitation. Bien loin de considérer, avec certains d'entre nous, le professeur Dieulafoy comme trop radical dans ses opinions, j'adopte sa formule : *L'intervention chirurgicale doit être faite en temps opportun*, spécifiant que faire l'opération en temps opportun, c'est *la faire dans les vingt-quatre heures qui suivent l'éclosion d'une appendicite.* En présence d'une maladie qui débute, je n'attendrai jamais pour voir comment la lésion va évoluer.

Je ne sais pas comment elle va évoluer.

Certes, je conviens avec Brun qu'on peut savoir si la péritonite se généralise; mais quand les signes de la généralisation existent, l'inflammation s'est déjà étendue et l'idéal est d'opérer avant cette extension. C'est la seule manière d'opérer toujours à temps.

Les résultats opératoires sont meilleurs qu'il y a quelques années, parce que les médecins nous appellent plus tôt; ils sont cependant encore détestables. Si je vois les séries heureuses de Walther, 44 cas, 2 morts, et de Nimier, 10 cas, 1 mort, je vois Chaput arriver avec 17 morts sur 48 cas, Kirmisson nous apporter la statistique de son service de l'hôpital Trousseau, 25 cas, 13 morts; Brun et Routier tiennent le milieu, le premier avec 8 morts sur 58 cas, le second avec 12 morts sur 93 cas; moi-même je vous apporte 81 cas avec 13 morts. Si je réunis les statistiques apportées

au cours de cette discussion, je trouve 360 cas avec 66 morts, soit une mortalité de plus de 18 p. 100, presque 1 mort sur 5 cas.

Et je me dis : si dans les premières vingt-quatre heures, dès le diagnostic posé, l'opération avait été faite, cette mortalité énorme se serait presque réduite à néant. Au début d'une appendicite, notre devoir est d'agir chirurgicalement.

Si j'avais une appendicite, je me ferais opérer, non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières heures. Je le dis avec une conviction profonde, absolue. L'opération à ce moment est d'une simplificité enfantine, plus simple que celle de l'appendicite à froid, comme j'ai pu m'en convaincre dans les 2 cas où j'ai opéré de très bonne heure, six heures et dix heures après la première manifestation douloureuse. La gravité immédiate des symptômes, l'accélération extrême du pouls à 140 dans un cas, à 160 dans l'autre, avaient conduit le médecin à m'appeler immédiatement. Les deux malades ont guéri sans le moindre incident. L'appendice n'était pas encore perforé et cependant chez la malade de notre collègue Gilbert, huit heures après le début des accidents, il y avait déjà du liquide louche dans la fosse iliaque. On peut supposer qu'abandonnées à elles-mêmes, ces deux malades auraient peut-être fait de la péritonite septique.

Attendre pour voir comment la maladie va évoluer, c'est attendre pour voir s'il va ou non se développer une péritonite généralisée, une de ces péritonites qui sont fréquentes et graves, puisque Broca en a vu 32 sur 200 cas, et que, sur ces 32, il en a perdu 28. Voilà, de par cette seule forme d'appencidite, un pourcentage de morts considérable, puisque, en supposant les 158 autres appendicites guéries, ce qui est peu probable, nous arrivons par le seul fait de ces péritonites généralisées à une mortalité de 14 p. 100. Si ces malades avaient été opérés dans les premières vingt-quatre heures, je crois qu'un très grand nombre auraient échappé à la mort.

Pour ma part, *toutes les péritonites généralisées mortelles* que j'ai vues *dataient de plusieurs jours;* bien plus, quelques-unes correspondaient à des *appendicites ayant évolué en deux temps.* Les deux seules malades, considérées comme atteintes de péritonite généralisée d'emblée, et, à cause de ce fait, opérées dans les douze premières heures, ont admirablement guéri à la suite d'une opération tout à fait simple, comme je l'ai dit. Le plus souvent, dans les péritonites généralisées mortelles, on avait pensé au début à une appendicite bénigne, puis les accidents avaient éclaté brusquement.

Les statistiques changeraient du tout au tout si médecins et chirurgiens pouvaient se convaincre qu'il y a intérêt à traiter

l'appendicite comme la hernie étranglée, la perforation spontanée de l'appendice comme la perforation traumatique de l'intestin. Sur ce point, je suis absolument d'accord avec notre collègue Tuffier, qui a nettement défendu la cause de l'intervention immédiate.

Cette conduite me paraît plus prudente, plus sage dans son exagération apparente que cette attente anxieuse où nous tient mon maître et ami Brun, que je ne puis le suivre lorsqu'il pratique le traitement médical, « revoyant son malade matin et soir, notant chaque fois avec précision sa température, son pouls, l'état de son facies, se tenant prêt, au moindre changement défavorable, à modifier sa ligne de conduite et à opérer s'il le juge convenable ».

Cette ligne de conduite est quelquefois dangereuse, comme le prouve l'histoire d'un malade que j'ai suivi l'an dernier avec mon collègue et ami Gilbert. Après vingt-quatre heures d'accidents appendiculaires violents, les symptômes commençaient à s'amender lorsque je le vis. Le professeur Dieulafoy, appelé en consultation, conseilla l'intervention immédiate. C'était aussi l'avis de notre collègue Gilbert. Faisant remarquer que le malade était encore sous le coup de la crise violente de la veille, que tout semblait s'amender, j'insistai pour qu'on continuât le traitement médical, disant que je préférais opérer à froid, me tenant prêt à agir si la détente ne continuait pas. Tout alla bien, et, au bout de trois jours, notre malade semblait guéri ; je me félicitais d'avoir résisté aux désirs des médecins, quand, le dix-septième jour, en pleine santé, alors qu'on commençait à parler de la date de l'opération à froid, le malade fut pris de symptômes de péritonite suraiguë et succomba en trente heures.

Je pourrais vous citer d'autres faits analogues ; un, en particulier, m'a frappé, parce qu'il s'agissait d'un de nos confrères auprès duquel je fus appelé par mon ami, le Dr Hitier. Traité par un de nos collègues des hôpitaux pour une typhlite bénigne, il fut, après une période de calme parfait, pris brusquement de symptômes de péritonite généralisée, à laquelle il succomba en trente-six heures, ayant refusé toute intervention.

M. Berger nous a rapporté deux cas identiques d'appendicite aiguë dont l'état ne semblait pas alarmant, et qui, du jour au lendemain, nous ont présenté des phénomènes d'infection suraiguë. M. Routier a de même appelé notre attention sur ces faits. Inutile de vous fatiguer en vous énumérant une série de cas identiques. Tous vous connaissez cette histoire de l'appendicite en deux temps.

Si, en regard de ces morts résultant de la non-intervention, je recherche ce que m'a donné l'opération à chaud avant l'interven-

tion malencontreuse d'un traitement médical mal dirigé, je vois que les résultats ont été excellents. Position élevée du bassin, incision large, limitation très exacte du champ opératoire avec des compresses stérilisées, ablation de l'appendice, pose d'un drain et réunion du reste de la plaie, telles sont les règles que je suis dans cette opération.

L'éventration consécutive m'a paru exceptionnelle.

Outre que par ces opérations rapides on évite toutes les morts résultant de l'évolution même de la maladie, on a l'avantage d'abréger notablement le traitement, puisque, si l'on veut intervenir à froid, il faut attendre six semaines, nous dit Roux comme Jalaguier. Et encore, en opérant même à cette date, on trouve quelquefois des abcès non résorbés, et l'on retombe dans les inconvénients de l'opération à chaud; on a simplement perdu du temps.

Au contraire, je recours au traitement médical dans les cas où je suis appelé près d'une appendicite qui spontanément évolue déjà vers la guérison, lorsqu'il existe un gâteau inflammatoire, signe de la limitation des lésions, n'hésitant cependant pas, même dans ces cas, à prendre le bistouri si la matité ne diminue pas rapidement; car, même la fièvre tombée, je pense que la persistance d'une matité étendue malgré le traitement médical, celui préconisé par le plus grand nombre d'entre vous (glace, opium, diète hydrique), suffit pour motiver l'incision d'un abcès toujours existant en pareil cas.

Je ne vous dirai rien du siège de l'incision, sinon que je rejette d'une manière absolue le procédé aveugle de Poirier et de Chaput. J'opère comme nos collègues Jalaguier, Routier, Brun et Broca. Je ne me sépare de Jalaguier et de Broca que pour le traitement des appendicites avec foyer pelvien. En pareil cas, au lieu de faire une incision immédiatement au-dessus de l'arcade et de décoller le péritoine comme si la suppuration était sous-péritonéale, j'incise l'abdomen sur la ligne médiane et j'opère exactement comme dans le cas d'annexite suppurée, allant directement à la recherche du foyer prérectal. J'ai eu ainsi quatre succès dans quatre cas d'appendicite pelvienne que j'ai eus à traiter.

Lecture.

Savon gynécologique,

par M. AUGUSTE REVERDIN.

Depuis que les rapides progrès de la gynécologie ont multiplié pour ainsi dire à l'infini les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux de la femme, une des préoccupations constantes des chirurgiens a été celle de la désinfection de ces organes.

Le vagin, en particulier, présente à ce point de vue de très réelles difficultés, qu'on s'est efforcé de surmonter de maintes manières.

Plus ou moins heureuses, ces tentatives laissent encore une large place à la critique; aussi ai-je essayé, de mon côté, de réaliser un progrès dans cette étude.

La forme générale du conduit et surtout les nombreux replis que forme son revêtement muqueux sont le principal obstacle à un nettoyage réellement efficace.

Distendre le vagin de façon à en effacer les irrégularités derrière lesquelles s'abritent de nombreuses sécrétions, faciles repaires offerts aux agents infectieux, est, ce me semble, un des facteurs les plus importants de la solution du problème.

Une pression de force *graduable* produite par un liquide antiseptique m'a paru le meilleur moyen d'atteindre ce but.

J'ai donc fait mouler une masse de savon de forme conique *à base très large*. Ce savon, perforé dans toute sa longueur, loge un tube de caoutchouc relié lui-même à un récipient, plus ou moins haut placé, contenant le liquide antiseptique.

Ce savon introduit dans le vagin en ferme l'entrée, vu la largeur de sa base, pendant que le liquide remplit les culs-de-sac vaginaux et les distend.

Tandis qu'il se fond peu à peu sous l'influence du liquide, dont la température doit être assez élevée (45 degrés), on le promène dans le vagin, dont il enduit bientôt tous les replis.

Ainsi répandue, mélangée aux impuretés dont on cherche à débarrasser le vagin, la masse savonneuse sort, violemment projetée au dehors par le liquide toutes les fois que, le vagin étant rempli, on retire un peu le cône injecteur.

C'est ainsi qu'il est possible en quelques instants de donner satisfaction, je l'espère, aux bactériologistes les plus sévères.

Depuis longtemps déjà, j'utilise ce moyen, et, tout comme les

confrères qui en ont compris les avantages, je m'en trouve fort bien.

Ajoutons encore que dans un vagin ainsi savonné, les instruments dont on aura à se servir tout à l'heure pénètrent aisément, ce qui permet d'abandonner l'usage des graisses, vaseline, glycérine..., dont on a trop souvent coutume d'enduire valves et spéculum.

Mais il n'est si bonne chose qui n'ait ses côtés faibles; aussi, je m'empresse de le reconnaître moi-même, le savon s'use, pas très vite cependant, il peut se casser, le canal qui le traverse s'élargit sous l'influence de la fonte, par conséquent le tube de caoutchouc qui le pénètre devient trop libre et glisse peut-être. C'est pour parer à ces divers inconvénients que j'ai remplacé le cône de savon par un cône métallique pourvu à sa surface de rugosités qui en font une sorte de brosse mousse, remplissant à merveille les conditions requises.

Il suffit de plonger, avant de s'en servir, cet instrument dans un récipient contenant du savon mou et antiseptique (1) pour réaliser les avantages de l'appareil primitif en en supprimant les inconvénients.

Communication.

De l'emploi du masque dans les opérations,

par M. PAUL BERGER.

Depuis plusieurs années déjà, je m'étais préoccupé de l'influence que peuvent avoir les particules liquides projetées par la bouche de l'opérateur ou des assistants sur les accidents d'infection qu'on voit encore de temps en temps survenir à la suite d'opérations pratiquées dans des conditions en apparence satisfaisantes d'asepsie chirurgicale.

La méthode, la régularité et le soin apportés à la stérilisation du matériel opératoire, des examens de contrôle très souvent renouvelés à mon laboratoire par M. le Dr Fernand Bezançon, me permettaient d'exclure d'une manière presque certaine les infections produites par les fils, soies, catgut ou crins, par les tampons, les compresses, les pièces diverses de pansement.

Une menace permanente et qu'il est presque impossible d'écar-

(1) L'antiseptique incorporé au savon est le sulfophénate de zinc.

ter complètement dans la plupart des services de chirurgie de Paris, et tout particulièrement des services de clinique, réside, je le sais bien, dans l'installation même de ces services : d'une part, parce que la réunion des malades suppurants et des sujets non infectés sous les mêmes soins rend difficile à réaliser l'*asepsie des mains du chirurgien*, cette condition essentielle de toute bonne chirurgie. Mais ce sujet s'éloigne trop du but de ma communication pour que je veuille le traiter aujourd'hui. D'autre part, l'organisation même de nos services et l'obligation où nous sommes d'opérer dans des salles d'opérations et dans des amphithéâtres pleins de monde, au milieu du va-et-vient des assistants, multiplie comme à plaisir les chances d'infection des plaies par l'air ambiant.

Mais en faisant la part de ces facteurs dans la production des infections post-opératoires, je ne restai pas moins convaincu par certains faits qu'un bon nombre de contaminations procédaient directement des microbes contenus dans les cavités bucco-pharyngo-nasales du chirurgien ou de ses aides, microbes qui étaient projetés dans la parole ou même dans la respiration, par la bouche ouverte, sur la surface de la plaie ou sur les environs.

Voici quelques exemples des faits qui fixèrent mes opinions sur ce point :

Une petite série de trois ou quatre cas de suppurations très circonscrites sans gravité réelle, mais suivies d'élimination de sutures profondes faites avec de la soie, coïncidait il y a près de trois ans avec une fluxion dentaire dont fut atteint un des assistants ordinaires de l'opération.

Je remarquai les mêmes accidents à la suite de diverses opérations quelques mois plus tard, ayant été moi-même atteint d'une périostite d'origine dentaire ; et cependant il était de règle depuis longtemps dans mon service de s'abstenir le plus possible de parler au cours des opérations. Mais mon attention, éveillée sur ce point, me fit reconnaître que les mots isolés, les ordres donnés par monosyllabes n'empêchaient pas que de temps en temps des gouttelettes de salive ne fussent projetées par les lèvres de l'opérateur ou de ses aides; j'ai pu faire cette constatation de la manière la plus certaine dans les opérations que je pratiquais et dans d'autres où je n'étais qu'aide ou spectateur.

Il est hors de doute que l'abord de particules de salive, si minimes que celles-ci puissent-être, alors même qu'elles proviennent de la bouche d'un individu en apparence parfaitement sain, n'ayant pas d'état pathologique appréciable de la bouche ou du pharynx, et même très soigneux de sa personne, est de nature à compromettre gravement l'asepsie de la plaie opératoire

sur laquelle ces particules se trouvent transportées. Les expériences de Miller, celles du Dr Mieczowski, entreprises dans le laboratoire de Flügge et citées par le professeur Mickulicz (de Breslau) dans sa récente communication au Congrès des chirurgiens allemands, celles plus nouvelles encore de Hübener (1), ont fait voir avec quelle fréquence des bactéries pathogènes, et dont les cultures démontrent la virulence, se trouvent dans la salive.

Aussi, même avant que les premières recherches du professeur Mickulicz eussent été publiées dans le *Centralblatt für Chirurgie* (juillet 1897), je cherchais un moyen de mettre mes opérés à l'abri de cette cause de contamination. Ce ne fut néanmoins qu'à partir du mois d'octobre 1897 que j'arrivai à la réalisation de mon idée, mais depuis lors, c'est-à-dire depuis quinze mois, toutes mes opérations aseptiques, soit à l'hôpital, soit en ville, ont été faites en me revêtant de l'appareil que j'ai adopté à cette époque et que tout le monde a pu me voir employer à la clinique chirurgicale de la Pitié.

Cet appareil est des plus simples: depuis longtemps, je me servais, pour opérer, de plastrons en toile, stérilisés à l'autoclave, et se fixant par des cordons au cou et à la ceinture par-dessus le sarrau en toile à manches coupées, qui est le vêtement de tous les opérateurs. Le masque que j'emploie se compose d'une compresse rectangulaire faite de six couches de gaze. Cette compresse est cousue par son bord inférieur à la partie supérieure du plastron, tandis que son bord supérieur est pourvu d'un cordon dont les deux chefs dépassent de quelques décimètres les angles qui le limitent. Lorsqu'on a revêtu le plastron, on relève la compresse en question et on la place de telle sorte que le milieu de son bord supérieur repose sur la racine du nez et que les cordons qui s'attachent à ses angles viennent, en croisant les joues, s'attacher solidement sur la nuque.

Le masque ainsi disposé ne peut se déranger; il recouvre l'extrémité du nez, les narines, la bouche, la barbe et le devant du cou. Sa longueur, déterminée avec soin, permet tous les mouvements de la tête et empêche qu'il ne comprime la pointe du nez, sans néanmoins lui permettre de flotter ou de faire des plis gênants. Les bords latéraux laissent libre accès à l'air vers l'entrée des voies respiratoires et recouvrent cependant assez loin les joues pour ne permettre aucune communication directe ou indirecte entre la bouche de l'opérateur et le champ opératoire.

Dès les premiers essais que j'ai faits, j'ai pu porter ces masques stérilisés à l'autoclave sans en être incommodé en aucune façon,

(1) *Zeitschr. f. Hyg. und Infections Krankh.*. 1898, XXVIII, 3, p. 348.

sans souffrir de la chaleur ou de gêne de la respiration. Grâce à eux, je n'ai plus à craindre, comme autrefois, de donner les ordres nécessaires au cours d'une opération. Que peut-on leur reprocher d'ailleurs? De cacher les traits du chirurgien? De lui donner un aspect bizarre? De compliquer encore les pratiques auxquelles nous nous astreignons au cours des opérations? Toutes ces considérations sont une simple affaire d'usage et nous avons dû passer par de bien autres changements d'habitude pour faire de la chirurgie aseptique.

Ce masque, ou du moins ce voile dont je me sers et dont je propose l'adoption, me paraît avoir toute espèce d'avantages sur les autres sortes d'appareils que l'on a préconisés dans un but analogue. Je ne parle pas du bandeau de bouche dont je me suis servi d'abord, pour l'abandonner aussitôt, bandeau qui se dérange aisément, comprime le nez, gêne la respiration et agit comme un véritable bâillon; mais les couvre-bouche, les appareils analogues à ceux dont se servent, pour tamiser l'air, les personnes qui craignent le froid pour leurs voies respiratoires ont sur le mien bien des désavantages; je les ai trouvés moins efficaces et plus gênants; ils n'interposent qu'une ou deux couches de tissu sur le trajet de l'air expiré; recouvrant uniquement les narines et la bouche, n'adhérant pas suffisamment au pourtour de ces orifices par leur circonférence, ils protègent bien moins le champ opératoire que le voile dont je me sers; on a même pu leur reprocher (Garré) de faire tomber sur la plaie les microbes que leur frottement détache de la barbe du chirurgien. Pareil reproche ne pourrait être fait au masque que j'emploie et dont un des avantages accessoires est de recouvrir la barbe et d'empêcher les contacts accidentels de celle-ci avec les fils, les tampons, les instruments, contacts plus fréquents qu'on ne le croit. Enfin, est-ce une affaire d'habitude, j'ai trouvé ces couvre-bouche toujours assez incommodes, gênants et assez peu stables.

Quels sont les avantages que j'ai retirés de l'emploi du masque? quelle est l'amélioration qui lui est imputable dans les résultats de mes opérations?

J'ai pris pour criterium les opérations de cure radicale pour les hernies inguinales et pour les hernies crurales, opérations parmi les plus fréquentes et qui se font dans des conditions comparables le plus souvent. Ces opérations, telles que je les pratique, sont en quelque sorte un réactif d'une sensibilité parfaite pour déceler les moindres fautes contre l'asepsie : on sait que pour les hernies inguinales, j'emploie le procédé de Bassini, pour les crurales un procédé qui m'est propre et qui se rapproche de celui de cet auteur. Ce sont des opérations longues et minutieuses, celle de la hernie

inguinale surtout qui dure souvent une heure ou même davantage; elles exigent des décollements et des dissections profondes, l'emploi de sutures perdues que je fais toujours à la soie stérilisée; sauf dans des cas exceptionnels, je ne fais aucun drainage. La moindre lacune dans les précautions prises, la plus légère infection entraînent presque forcément la production d'une suppuration suivie de l'élimination des sutures qui ont été primitivement ou secondairement infectées. Je n'avais jusqu'à présent jamais pu complètement éviter les accidents de cette nature, se présentant tantôt par petites séries de deux ou trois cas consécutifs, tantôt isolés les unes des autres; il y a deux ans, ils s'élevaient même au cinquième ou au sixième des cas opérés. Les accidents en eux-mêmes ne présentaient aucune gravité; l'état général du malade n'en était pas atteint, et le plus souvent il n'y avait même pas d'élévation de température; mais du sixième au dixième jour, suivant l'intensité de l'infection, on voyait une accumulation de sérosité trouble ou même de pus soulever un point de la ligne de réunion; on lui donnait issue et tantôt une suppuration véritable s'établissait et persistait pendant une huitaine de jours, tantôt un simple suintement séreux se faisait pendant deux ou trois jours par l'orifice, qui se fermait au bout de ce temps; mais dans ce dernier cas même, il n'était pas rare de voir la petite plaie se rouvrir après quelques jours et rester fistuleuse, comme lorsqu'il y avait eu une suppuration véritable, et cela jusqu'au moment où se faisait l'élimination d'un ou de plusieurs des points de suture infectés. Si j'avais employé des sutures au catgut, cet incident eût pu passer inaperçu et j'eusse pu m'abuser dans bien des cas sur sa véritable signification; mais l'élimination d'un fil de soie qui étreint solidement des tissus fibreux, comme l'arcade de Fallope et le tendon conjoint, demande un temps considérable et, même lorsqu'on l'abrège en allant à la recherche des points de suture qui entretiennent le trajet fistuleux qui s'est établi dans l'aine, l'on est bien forcé de reconnaître la nature des choses, de les appeler par leur nom, et, qu'il y ait eu suppuration ou seulement du suintement, de reconnaître que l'infection de la plaie opératoire en a été la cause.

Or, depuis le mois d'octobre 1897, depuis que j'ai adopté le masque, sur plus de soixante opérations de cure radicale, je n'ai vu que deux fois des accidents qui pussent être rapportés à l'infection de la plaie, et dans l'un et dans l'autre cas, la cause de l'infection put être déterminée et reconnue indépendante de toute contamination produite par le personnel ou le matériel opératoire.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une hernie inguinale déjà opérée par un autre chirurgien et récidivée; la hernie qui

s'était reproduite était dépourvue de sac et elle était constituée par l'S iliaque et la vessie accolées l'une à l'autre. Au cours de cette opération très compliquée, la vessie fut ouverte et une certaine quantité d'urine inonda la plaie. Je pratiquai la suture de la vessie, je fis une reconstitution solide de la paroi inguinale, grâce à laquelle la hernie me parut bien guérie ; il ne se fit pas de fistule urinaire, mais la plaie suppura et il persista une petite fistule purulente pendant plusieurs mois, jusqu'au moment où l'on en obtint la guérison en recherchant et en enlevant l'un des points de suture profonds qui entretenait la suppuration et qui avait été certainement placé sur des tissus encore souillés par l'urine.

Le second cas de suppuration est plus extraordinaire encore ; il s'agit d'un gros abcès qui se développa dans la fosse iliaque droite une huitaine de jours après une opération de cure radicale, en apparence très simple, pour une hernie inguinale chez un jeune garçon ; cet abcès, qui s'était accompagné d'une élévation notable de température et de quelques phénomènes abdominaux, siégeait dans la région du cæcum et de l'appendice, nullement dans la région inguinale ; il fut ouvert ; il renfermait un pus abondant, d'odeur fécaloïde. La cavité suppurante fut drainée ; au bout d'une quinzaine, elle était comblée et l'incision cicatrisée, sans que la réunion pratiquée à la région inguinale au cours de l'opération eût été compromise *ni qu'aucun point de suture eût été éliminé;* le malade est resté complètement guéri.

Ce fut seulement alors que je me rappelai que j'avais trouvé dans le sac une bride épiploïque de la forme et du volume du petit doigt, adhérant au fond du sac par son extrémité, parfaitement cylindrique d'ailleurs. Je l'avais sectionnée après l'avoir comprise dans une double ligature et j'avais réduit dans le ventre le pédicule épiploïque : je ne doute nullement que cette bride d'aspect anormal n'ait renfermé l'appendice, et que la section que je croyais faire porter sur l'épiploon seul, ou tout au moins la ligature, n'ait intéressé cet organe. Rentré dans le ventre, le moignon appendiculaire, insuffisamment traité, avait déterminé autour de lui la formation d'un abcès intra-péritonéal circonscrit, absolument distinct du foyer opératoire et ayant tous les caractères des suppurations péri-appendiculaires.

Je ne parle pas des autres opérations aseptiques : ablations de tumeurs, ostéotomies et résections, arthrotomies, amputations, qui créent de larges surfaces traumatiques et pour lesquelles, en raison du suintement sanguin qu'elles donnent souvent, j'emploie encore le drainage que je supprime au bout de deux ou quatre jours ; l'évolution post-opératoire s'est faite sans suppuration dans tous les cas où la région qui était le siège de l'opération

n'était pas antérieurement infectée; mais la preuve en est moins complète que pour les opérations de cure radicale; pour celles-ci, sauf dans les deux cas que j'ai cités, j'ai, depuis l'année dernière, toujours obtenu la réunion complète sans suppuration, suintement ou élimination de sutures.

Est-ce à dire que j'attribue ce résultat uniquement à l'usage du masque? non certainement; j'ai resserré la surveillance et toutes les précautions qui peuvent assurer l'exécution aseptique des opérations; la stérilisation du matériel a été l'objet des soins les plus attentifs; j'ai réduit au strict nécessaire le nombre des participants à l'opération; je n'opère plus guère qu'avec un seul aide, et, autant que possible, je me sers moi-même, ayant sous la main et prenant directement tous les instruments dont j'ai besoin, tandis que je laisse à l'aide qui m'assiste le soin de couper et de me présenter les fils destinés aux ligatures et aux sutures. J'ajoute que je cherche surtout à ne pas m'infecter les mains, en évitant toutes les contaminations possibles; je mets presque toujours des gants en caoutchouc pour toucher les plaies suppurantes et pour inciser les suppurations, et je ne pratique le toucher vaginal et surtout le toucher rectal qu'avec des doigtiers en baudruche. C'est justement parce que je vois que la perfection dans l'exécution aseptique des opérations ne doit pas porter sur un point, mais sur tous, et ne doit négliger aucun détail, que j'ai tenu à insister sur une précaution dont l'emploi n'a pas peu contribué à améliorer mes résultats opératoires. Je ne me dissimule pas qu'elle choque trop les usages pour recevoir un accueil beaucoup plus empressé que celui que les chirurgiens allemands ont fait à une communication analogue du professeur Micküliсz à l'avant-dernier congrès de leur association.

M. Terrier. — Messieurs, je suis un peu embarrassé pour répondre à mon ami, M. Berger. En la circonstance, il a été ce me semble plus royaliste que le roi ; je n'ai jamais mis de masque et bien certainement je n'en mettrai jamais.

Dans l'exposé qu'il nous a fait, il a avoué avec justice que les services de chirurgie et particulièrement ceux de clinique sont merveilleusement, ou d'une façon plus exacte, effroyablement bien organisés pour qu'un chirurgien aseptique ait cependant de la suppuration.

Seulement, je ne comprends plus quand il parle de la suppuration des fils; nous n'avons pas que je sache l'habitude de cracher sur nos fils ou sur nos mains. Par ailleurs, Oscar Bloch, de Copenhague, a fait aussi de son côté des expériences. Avant l'opération, on a des fils aseptiques, ils ne donnent pas de

cultures; mais dès qu'on les a manipulés, ils cultivent pour la plupart.

Je puis fournir de mon côté un renseignement intéressant. Avant une opération, je ne me fatigue pas énormément la peau, je me savonne, puis me lave simplement avec du sérum artificiel. Avant d'intervenir, je pose les mains sur de la gélatine, et celle-ci reste stérile; à la fin de l'opération, j'ai presque toujours les mains plus ou moins septiques et j'obtiens des cultures de staphylocoque blanc. Or ces fils qui s'éliminent ont été manipulés et précisément c'est à la fin de l'opération que les mains, devenues septiques, ont le plus de facilité pour inoculer les fils, puisque c'est alors que l'on fait les ligatures. Cette inoculation n'est d'ailleurs point très dangereuse; le staphylocoque blanc est pathogène à un faible degré; aussi l'infection est elle retardée et ne se produit-elle qu'au bout de dix, de quinze jours; l'abcès, dû à des spores, se développe la plupart du temps sans élévation de température.

Bloch place aux fils un aide spécial, il ne touche les fils qu'avec des pinces stérilisées, le chirurgien lui-même ne les touche que de cette façon; en suivant rigoureusement cette méthode, il n'a plus jamais eu d'accidents.

En Suisse, on a fait des coupes très superficielles de la peau sur un individu qui vient d'opérer; ces coupes cultivent; j'ai répété et vérifié ces expériences avec M. Morax; on comprend du reste parfaitement que si le chirurgien transpire, il peut, par sa sueur, infecter les choses qu'il touche.

Pourquoi chercher la cause de la suppuration dans la projection de la salive puisqu'il n'y a de suppuration qu'au niveau des fils. Il est plus rationnel de penser que c'est parce qu'on les touche trop que les fils suppurent; c'est pour cette raison, je le repète, que je ne mettrai jamais de masque.

M. Berger, outre son masque, a fait intervenir à juste titre toutes les précautions plus minutieuses dont il s'est entouré; qu'il prenne encore un peu plus de précautions et il n'aura plus ou presque plus de suppuration. La grosse difficulté pour nous, qui examinons des malades septiques, est de nous désinfecter, car il ne faut pas l'oublier, après avoir touché un malade septique, on reste infecté pendant deux et trois jours. Un de nos collègues, tout récemment, qui avait au bout d'un doigt une piqûre dont il ne souffrait presque pas et qu'il ne considérait pas, par conséquent, comme dangereuse, n'en a pas moins infecté deux de ses opérées.

Je crains que ces précautions un peu excessives comme les gants, les masques, ne soient pas sérieuses. Je ne crois pas que cela fasse avancer la chirurgie.

Le point capital serait de séparer dans les services les septiques et les aseptiques.

Pour moi, je me lave les mains au minimum, je n'use ni de permanganate ni de bisulfite afin de ménager ma peau; sans cela on s'expose à avoir de l'eczéma et on inocule ses malades. Cela m'est arrivé.

Je suis aussi d'avis qu'on doit restreindre ses discours en opérant, mais je ne crois pas que ce soit là une cause d'infection spéciale pour les fils.

M. Berger. — Je suis d'accord sur le plus grand nombre des points avec M. Terrier, mais je crois que si les fils s'éliminent, c'est qu'ils sont le seul terrain de l'infection. L'infection que nous provoquons est atténuée, c'est vrai. Mais une infection, si minime qu'elle soit, en contact avec les fils, les rend septiques, et ils s'éliminent alors même qu'ils n'ont pas été infectés directement par le chirurgien. C'est la plaie qui a été infectée.

Nos mains sont évidemment sujettes à caution; les glandes sébacées surtout sont des réservoirs de microbes et je sais que la surface de la peau redevient très vite infectée, je sais qu'il faut faire attention à l'eczéma.

Il y a dans ma pratique un fait d'expérience. Cherchant à améliorer mes résultats, j'ai adopté le masque, et par ce moyen, j'ai cessé d'avoir des éliminations de fils; si j'ai pris pour exemple l'opération de la cure radicale, c'est que c'est une opération que je fais constamment. J'ai tardé à faire cette communication, mais après un an d'expérimentation, j'ai cru devoir apporter mon témoignage à l'appui de ce qu'avait dit Mickulicz dans un congrès.

M. Terrier. — M. Berger et moi ne raisonnons pas de la même façon. Il croit que, quand un fil s'élimine, c'est la plaie qui est infectée; je crois que le fil s'élimine parce qu'il est infecté et le fil est infecté parce que nos mains sont sales et qu'il est fort difficile, à un moment donné, de les avoir aseptiques, ce qui, à la rigueur, justifierait l'emploi des gants, si une fois gantées nos mains restaient aussi adroites.

M. Berger. — Les gants perméables en filoselle sont dangereux. Ils laissent passer, bien que cela paraisse paradoxal, plus de microbes qu'il n'y en a à la surface de la peau. Les gants en caoutchouc seraient parfaits s'ils ne se déchiraient souvent, et alors, la peau, qui est devenue plus vite septique sous ces gants, par la sudation, se trouve en contact avec la plaie.

J'emploie ces gants de caoutchouc pour protéger mes mains dans les opérations septiques.

M. Terrier croit à l'infection des fils, immédiate, par les mains, moi je crois que cette infection est secondaire et que le fil est infecté par la plaie.

M. Terrier. — Ce sont des fils témoins.

Présentation de malades.

Amputation inter-scapulo-thoracique.

M. Berger présente un malade qui a subi, il y a deux ans, l'amputation inter-scapulo-thoracique pour un myxome central de l'humérus avec ganglions. Je le présente de façon à faire constater l'immunité au point de vue de la récidive et le résultat physique qui est aussi bon que celui d'une désarticulation simple de l'épaule.

Luxation congénitale de la hanche.
Réduction par le procédé de Lorenz. Guérison fonctionnelle.

M. Ch. Monod. — La petite malade que je vous présente m'a été amenée en novembre 1896, atteinte de luxation congénitale de la hanche gauche. Je lui ai fait, sous chloroforme, la réduction forcée de sa luxation, sans intervention sanglante, suivant le procédé de Lorenz. Le résultat fonctionnel, comme vous pouvez en juger, est excellent, et se maintient à deux ans de distance.

Il m'a semblé que, en présence des divergences qui se sont produites sur le meilleur mode de traitement des luxations congénitales de la hanche, ce cas méritait d'être signalé à votre attention. Je résume l'observation.

Observation. — C..., fillette, dix ans, se présente à nous avec la démarche déhanchée si caractéristique des malades atteints de luxation congénitale unilatérale de la hanche.

A l'inspection, on constate que la tête fémorale est appliquée sur la face externe de l'os iliaque sur lequel il est facile de la faire mouvoir, soit en imprimant au membre des mouvements de circumduction ou de rotation, soit en l'attirant en bas et en le repoussant en haut.

Le raccourcissement du membre, lorsque la malade est au repos,

dans le décubitus dorsal, atteint 5 centimètres. Il est facile de corriger ce raccourcissement par traction sur la jambe malade ; on fait ainsi descendre la tête et on amène, à peu de chose près, les deux membres à la même longueur.

Il était donc indiqué, comme Lorenz l'a d'ailleurs recommandé, d'établir sur ce membre une extension continue, prolongée, de façon à maintenir, pendant un certain temps, la tête à la hauteur de la cavité cotyloïde, les manœuvres de réduction devant, de ce fait, être facilitées.

Cette manière de voir fut partagée par notre collègue M. Hennequin, qui voulut bien examiner la malade et se charger d'appliquer lui-même l'extension continue, à l'aide de son appareil bien connu.

L'extension fut maintenue du 18 novembre 1896 au 17 février 1897, soit pendant trois mois (1).

Opération, 17 *février* 1897. — A cette date, et sous l'influence de l'extension, le raccourcissement avait pour ainsi dire disparu. Les deux membres sont à peu près de même longueur et demeurent en cette situation sans traction. Mais il suffit du moindre effort pour faire remonter la tête dans la fosse iliaque externe et reproduire le raccourcissement qui mesure encore, alors, 4 à 5 centimètres.

La malade étant endormie, je place le membre en abduction forcée et pratique pendant quelques minutes le massage des adducteurs.

Puis, forçant encore le mouvement d'abduction, le membre formant avec le tronc presque un angle droit — j'ai la sensation très nette d'un *ressaut*, comme si la tête franchissait une crête saillante.

Abaissant alors la cuisse pour la rendre parallèle au membre voisin, j'ai la notion qu'un second *ressaut* se produit, après lequel la tête est de nouveau sentie dans la fosse iliaque externe ; la luxation s'est reproduite.

Je refais plusieurs fois cette manœuvre et fais constater aux assistants les deux *ressauts* dont je viens de parler — le premier, moins considérable, au moment où le membre est mis en forte abduction ; le second, plus fort, lorsque la cuisse est abaissée.

Interprétant les sensations obtenues, je crois pouvoir affirmer que, dans l'abduction, la tête franchissait le rebord cotyloïdien, ou ce qui le représentait ; que, dans l'extension du membre, elle ressortait de la cavité cotyloïde et gagnait de nouveau la fosse iliaque externe.

La conclusion à tirer de ces constatations était que, suivant les préceptes de Lorenz, il fallait fixer le membre en abduction forcée. Ce que je fis, à l'aide d'un grand spica plâtré descendant jusqu'au cou-de-pied, renforcé à l'aine par deux attelles métalliques.

Les *suites* de l'opération furent simples. Aucune réaction générale. Tout se borna à quelques douleurs dans l'aine.

Dès le 20 février, c'est-à-dire le troisième jour, la petite malade se lève et commence à marcher, malgré la forte abduction du membre, en s'aidant d'une chaise.

(1) Il n'est pas nécessaire que l'extension soit prolongée aussi longtemps ; elle ne l'a été ici que par suite de circonstances accessoires dans le détail desquelles il est inutile d'entrer.

Le 9 *mars*, elle sortait de l'hospice, avec une chaussure surélevée qui était loin de compenser cependant la différence de longueur due à l'attitude des deux membres.

Le 23 *avril*, deux mois après l'opération, l'appareil plâtré est enlevé.

On constate que la réduction se maintient; le grand trochanter est en place; en arrière et en dedans de lui il semble que l'on sente la tête atrophiée. Il est possible de ramener le membre en extension légère et rotation interne sans le luxer de nouveau.

Un deuxième appareil plâtré est appliqué, laissant le genou libre.

18 *mai* (3e mois). — L'appareil s'est brisé, il faut le renouveler.

A l'examen, on constate que la cuisse peut être mise en extension complète; les deux membres sont de même longueur. La tête n'est pas dans la fosse iliaque externe. On croit la sentir au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Atrophie notable des muscles de la cuisse.

Nouvel appareil plâtré sur le membre maintenu en extension.

1er *juillet*. — L'appareil est renouvelé. L'état local est le même qu'en mai dernier.

Ce quatrième appareil est conservé jusqu'en mai 1898. A partir de ce jour l'enfant marche sans canne ni béquilles.

Je ne l'ai revue qu'hier (21 février 1899).

Elle marche presque sans boîter; avec quelque attention, elle arrive à dissimuler la légère claudication qui existe en réalité.

Dans le décubitus dorsal, les deux membres ont à peu près même longueur et même force, l'atrophie des muscles de la cuisse a disparu. A la mensuration on constate un raccourcissement de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, en grande partie compensé, dans la station debout, par une inclinaison du bassin du côté malade.

Le grand trochanter remonte un peu au-dessus de la ligne de Nélaton.

La tête fémorale est sentie profondément au pli de l'aine, au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Dans la station debout, les deux membres tombent d'aplomb en position normale, avec légère tendance à la rotation externe du membre gauche. L'enfant n'en porte pas moins avec facilité la pointe du pied en dedans.

Tous les mouvements de l'articulation de la hanche s'accomplissent avec la plus grande souplesse et le membre a toute la force voulue.

Réflexions. — On ne saurait donc contester l'excellence, chez cette malade, du résultat obtenu, tant au point de vue de la forme que de la fonction. Ce n'est pas à dire cependant que la tête soit rentrée dans une cavité cotyloïde qui n'existe sans doute pas; mais elle est dans son voisinage, et assez solidement fixée pour que l'articulation nouvelle ait toute sa liberté et toute sa force.

Je compte faire radiographier cette hanche pour me rendre compte plus exactement de la situation occupée par la tête fémo-

rale. Je vous communiquerai les épreuves qui auront été obtenues.

M. Sebileau présente à la Société une tumeur de la face d'origine congénitale.

Présentation de pièces.

Néphrectomie secondaire.

M. Picqué. — J'ai l'honneur de vous présenter un rein que j'ai enlevé avant-hier dans mon service de la Pitié avec l'assistance de mon élève et ami E. Chevalier, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une pyonéphrose dans un rein ectopié que notre collègue Lyot, a traité l'an dernier par la néphrotomie. Depuis lors, il a persisté une fistule purulente, mais jamais à aucun moment il n'est sorti d'urine.

J'ai pratiqué la grande incision oblique paralombaire. Le rein est déplacé et en position oblique. Il existe une grosse poche formée aux dépens du bassinet et de l'uretère, poche très adhérente au cæcum et au côlon ascendant.

La dissection en a été fort laborieuse. Le parenchyme rénal persiste; à la coupe, on constate l'existence de plusieurs poches purulentes.

Résection de l'extrémité supérieure de l'uretère.

En tenant compte de la position du rein et du siège de la poche formée aux dépens du bassinet, on pourrait peut-être admettre l'existence d'une hydronéphrose septique.

M. Routier. — J'observe encore en ce moment une malade à qui j'ai pratiqué la néphrotomie en 1890 pour une énorme pyonéphrose; il sortit du pus, mais jamais d'urine, la malade garda une fistule purulente.

En 1893, nouvelle néphrotomie. J'ouvris trois poches purulentes, deux vers le sommet du rein, une énorme vers son pôle inférieur. Cette fois, il sortit de l'urine par la plaie lombaire pendant huit jours; pendant le même temps, la malade ne rendait par sa vessie que 700 grammes d'urine. Puis elle recom-

mença à ne plus perdre d'urine par la plaie lombaire et à en rendre 1,500 grammes par l'urètre. Elle a gardé depuis cette époque une petite fistule qui donne exclusivement du pus; je suis sûr que son rein sécrète cependant de l'urine. J'espérais que la pièce de M. Picqué allait me donner la raison de ce fait, que je n'ai encore pu m'expliquer d'une façon satisfaisante.

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur. 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 1er MARS 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Broca, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Un travail de M. Jules Bœckel, sur une *Complication éloignée de la cure radicale des hernies, infection du moignon épiploïque par le fil* ;

4° Une observation de *Hernie congénitale à double sac du cæcum*, envoyée par le Dr Couteaud, médecin principal de Cherbourg. Rapporteur : M. Paul Berger ;

5° Plusieurs observations du Dr Huguet, médecin-major à Alger. Rapporteur : M. Paul Berger.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Kirmisson. — Dans la dernière séance, notre collègue, M. Monod, nous a présenté une jeune fille qu'il a traitée avec succès pour une luxation congénitale de la hanche gauche par la méthode non sanglante de Lorenz.

Je ne conteste nullement la valeur du résultat obtenu, puisque

le raccourcissement a été ramené de 5 centimètres à 2 centimètres et que la marche, auparavant très défectueuse, s'est notablement améliorée. Mais il m'a été possible, à moi et à tous ceux de nos collègues qui ont examiné la malade, de constater qu'il n'y avait pas de réduction. La tête est en effet située au côté externe du pli de l'aine, au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Je maintiens donc les réserves que je formulais ici dans la discussion qui s'est produite il y a deux ans sur le traitement de la luxation congénitale, et que j'ai renouvelées dans le chapitre de mon livre consacré à la luxation congénitale de la hanche (1), à savoir que le procédé de réduction non sanglant de Lorenz pourra bien, dans un certain nombre de cas, donner des résultats avantageux, mais que la réduction vraie restera toujours une rare exception.

Si je fais ces réserves, c'est parce que M. Lorenz nous avait présenté sa méthode nouvelle comme une méthode curative et non simplement palliative. « En aucun cas, disait-il, ma méthode ne consiste à améliorer la position de la tête fémorale et à la fixer dans cette position. La reposition non sanglante est, comme la sanglante, une opération radicale et non un moyen palliatif (2). »

Dans la séance du 1er décembre 1898 de l'Académie royale de Vienne, M. Lorenz s'est proposé de réfuter les objections que j'avais formulées contre sa méthode. Mais sa nouvelle communication, bien loin de me déplaire, confirme de tout point le bien fondé de mes objections. L'auteur dit en effet : « Je ne vois rien d'humiliant à reconnaître que la radiographie a détruit en réalité beaucoup de mes illusions théoriques; dans tout un groupe de faits, elle a démontré que la réduction complète avait été obtenue, mais, dans l'immense majorité des cas, la radiographie a établi qu'il y avait eu un déplacement consécutif de la tête par en haut, c'est-à-dire sur la crête antérieure de la fosse iliaque externe; en d'autres termes, une véritable reproduction de la luxation en haut et en avant (3). »

Ainsi donc, M. Lorenz l'avoue lui-même, ce qu'il obtient le plus souvent, ce ne sont pas des réductions vraies, mais seulement des pseudarthroses. Je n'ai jamais dit autre chose. Le meilleur mot qui convienne à caractériser le résultat obtenu, c'est celui de transposition de la tête, dont se sert Koelliker dans sa récente sta-

(1) Kirmisson. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 1896, p. 331, et *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 609 et suivantes.

(2) Lorenz. Reposition de la luxation coxo-fémorale congénitale au-dessus du rebord postérieur de la cavité cotyloïde; *Revue d'Orthopédie*, 1er mars 1897, p. 135.

(3) Lorenz. Verhandlungen arzlicher Gesellschaften, in *Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, 1er décembre, n° 48, p. 107.

tistique. L'auteur a obtenu par la méthode de Lorenz 2 guérisons, 25 transpositions et 11 insuccès. Cette statistique nous paraît répondre assez bien à la réalité des faits (1).

Discussion

Sur le traitement de l'appendicite.

M. Chaput. — Dans la dernière séance, M. Hartmann réunissant les statistiques de ses collègues trouve 66 morts, soit 18 p. 100 de mortalité sur 360 cas d'appendicite opérés; il en conclut que l'opération a donné des résultats « détestables », pour me servir de son expression.

M. Hartmann ayant insisté sur ma mortalité, qui s'élèverait à 17 morts sur 48 cas, je tiens à protester et à dire que, loin d'être considérable, ma mortalité réelle a été absolument nulle, car j'entends ne pas être responsable des malades opérés en pleine péritonite généralisée; et, précisément, j'insiste sur ce point, je n'ai perdu que ces cas spéciaux et j'ai guéri tous les autres cas, soit 31 guérisons sur 31 cas.

Je tiens à dire que si je parais avoir opéré plus de péritonites généralisées que mes collègues, c'est parce que ma statistique comprend tous les cas que j'ai observés depuis 1888.

La manière dont M. Hartmann apprécie les statistiques de ses collègues est très critiquable, et j'estime que, s'autoriser de ces chiffres pour dire que l'opération donne des résultats déplorables, c'est commettre une grosse erreur et une véritable injustice...

Si M. Hartmann avait réuni les statistiques des chirurgiens du Bureau central qui, dans le service des gardes, n'opèrent guère que des cas d'appendicite désespérés, il aurait facilement trouvé une mortalité de 60 à 90 p. 100. Serait-ce la mortalité réelle de l'intervention chirurgicale pour appendicite, et pourrait-on en tirer des conclusions sérieuses sur la valeur de l'opération?

Il est facile de comprendre à quel point les raisonnements de M. Hartmann sont troublants pour les praticiens qui attendent de nous une règle de conduite : quelle autorité aurons-nous pour les pousser à l'opération, si nous acceptons les mortalités énormes que M. Hartmann voudrait nous faire endosser?

(1) Th. Koelliker. Ueber die Behandlung der Kongenitalen Hüftluxation mit der unblutigen Reposition; *Centralb. für Chirur.*, 22 octobre 1898.

Il est indispensable de refaire le travail de M. Hartmann en distinguant les cas en catégories bien tranchées.

Réunissant ainsi les chiffres communiqués par MM. Walther, Routier, Nimier, Brun, Gérard Marchant, Kirmisson, Broca, Dieulafoy, Chaput, nous trouvons 131 cas opérés à froid avec 0 mort; 146 cas opérés à chaud avec 6 morts, soit 4 p. 100 de mortalité.

D'autre part, 102 péritonites purulentes généralisées ont fourni 80 morts, soit 80 p. 100 de mortalité. Bien loin de trouver ces résultats détestables, je les trouve merveilleux et bien consolants.

La gravité des péritonites généralisées est un argument de plus en faveur de l'opération précoce.

A mon grand regret, je n'ai pu utiliser la statistique trop peu explicite de M. Hartmann.

Bien loin de croire que M. Hartmann ait obéi au désir d'améliorer sa statistique ou de déprécier celle des autres, je crois au contraire qu'il n'a péché que par excès de sincérité.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru de mon devoir de protester contre des doctrines dangereuses, venant d'un membre de notre Société.

M. Quénu. — Je crois devoir répondre à un reproche collectif qui a été fait par M Hartmann, à nous tous qui avons pris la parole sur les indications opératoires dans l'appendicite : M. Hartmann nous accuse d'un manque de netteté; je pourrais lui retourner le reproche, et lui dire que c'est lui qui a omis de nous dire si les appendicites qu'il veut toutes opérer, sont indifféremment des formes aiguës et des formes subaiguës. Dans son recensement des chirurgiens, il range à côté l'un de l'autre parmi les interventionnistes ceux qui opèrent dans tous les cas, même dans les formes bénignes de la colique appendiculaire et les sélectionnistes qui s'abstiennent dans les cas légers.

Je suis pour ma part très interventionniste pour tous les cas aigus, d'autant plus que je suis appelé plus près du début, lorsque l'attaque est nette et qu'il s'agit sans aucun doute possible d'une appendicite. Mais c'est là précisément, pour toute une catégorie de cas, une grosse difficulté. Intervenir en se basant uniquement sur l'existence d'un point douloureux me paraît excessif: il est bien sûr qu'on enlevera de cette façon toute une série d'appendices sans lésions. J'ai été appelé auprès de malades qui avaient un point de côté abdominal, symptomatique d'une pleurésie ou d'une pneumonie au début, accompagnées de troubles digestifs. Je me suis abstenu, bien entendu, mais je sais que des chirurgiens s'y sont laissés prendre et ont ouvert le ventre. Le diagnostic différenciel avec une éruption aiguë de tubercules péritonéaux

avec des phénomènes hystériques abdominaux, une poussée de salpingite, n'est pas toujours aisé à établir.

Je conclus en disant que le diagnostic ferme d'une forme légère d'appendicite n'est pas toujours facile et qu'on ne peut ouvrir le ventre sans un diagnostic ferme, lorsqu'aucun danger immédiat ne menace; c'est la principale raison, pour laquelle je réserve mon intervention immédiate aux cas bien nets d'appendicite aiguë et que je temporise pour les cas très légers.

M. Reclus. — Je crois qu'il est important de serrer la discussion de près; elle aurait souvent tendance à s'égarer momentanément.

Il faut, je crois, insister surtout sur deux points que je crois utile de mettre en relief.

Tout d'abord, c'est que l'immense majorité de nos collègues est d'avis d'opérer toutes les appendicites, quelles qu'elles soient, aiguës, subaiguës ou chroniques, du moment que le diagnostic appendicite a été porté. Je crois que telle est l'opinion que, tous ou presque tous, nous professons ici.

Le deuxième point, c'est qu'on diffère de manière de voir quand il s'agit de savoir à quelle période il faut intervenir, les uns voulant opérer à chaud et immédiatement, les autres étant d'avis d'attendre que l'appendicite soit refroidie.

M. Brun. — Je voudrais dire ceci, c'est que toutes les fois qu'un orateur radical, ou se disant tel, prend la parole pour nous dire qu'il est intervenu, c'est pour nous citer l'histoire d'une appendicite septique. Le pouls est à 110. La température à 37°. Ces cas là, nous avons toujours dit qu'il fallait les opérer.

Je rappelerai encore à ce propos le malade dont nous à parlé Segond; c'était une appendicite septique; Segond, en l'opérant, n'a fait que ce que nous aurions tous fait. Je trouve pour ma part qu'il a plutôt perdu du temps en en laissant trop s'écouler avant d'intervenir.

M. Lucien Picqué. — Messieurs, comme tous mes collègues, je viens vous apporter le résultat de mon expérience sur cette délicate question de l'appendicite.

A mon arrivée à l'hôpital Dubois, je n'avais, je vous l'avoue, au point de vue de l'appendicite, qu'une expérience fort limitée et une pratique très indécise.

Le séjour que j'y ai fait pendant trois ans m'a rendu résolument interventionniste, et en voici les raisons :

La clientèle demi-aisée qui fréquente cet hôpital n'y vient géné-

ralement que pour y subir des opérations et ne s'y décide que dans les cas graves.

Aussi les malades qui arrivaient dans mon service avaient déjà subi plusieurs atteintes d'appendicite pour lesquelles ils avaient suivi le traitement médical sous toutes ses formes, et j'en ai vu un certain nombre pris d'accidents, à marche foudroyante, n'arriver à l'hôpital que pour y mourir quelques heures après, sans qu'il ait été possible de songer à la moindre intervention.

Le plus souvent, d'ailleurs, on ne pouvait incriminer le médecin tant la crise avait été rapide.

Ces jours-ci, encore, j'ai été appelé au milieu de la nuit par un médecin très distingué de la ville, près d'une jeune femme de vingt-six ans, atteinte d'appendicite à rechute, à l'occasion d'une crise foudroyante qui datait à peine de vingt heures. Cette malheureuse était dans le coma et présentait les extrémités refroidies. Elle mourut quelques heures après, c'est-à-dire trente heures après le début.

Mais à quoi bon insister? Je n'aurais qu'à répéter des faits analogues à ceux qu'ont rapportés nos collègues. Je les ai observés peut-être en plus grand nombre en raison du milieu spécial où je me suis trouvé pendant trois ans, et, c'est, en résumé, le souvenir de ces faits lamentables, si fréquents à l'hôpital Dubois, qui m'a rendu interventionniste.

D'autre part, j'ai pu observer un certain nombre de malades dès le début des accidents, et les résultats heureux que j'ai pu obtenir, en opérant de suite, n'ont fait que fortifier mes convictions au sujet de l'utilité de l'intervention hâtive.

Là encore, à Dubois, plus peut-être qu'ailleurs, j'ai eu l'occasion de voir une série de malades qui m'étaient adressés par des médecins instruits, tout à fait au début des accidents, et chez lesquels une intervention hâtive m'a montré, par l'examen des lésions anatomiques, combien pouvait être dangereuse la doctrine de l'expectation et combien se trouvait justifiée l'opinion de notre collègue Lejars sur les inconvénients qu'il peut y avoir à laisser « refroidir les appendicites ».

Enfin, les résultats que j'ai obtenus, en opérant de la sorte, m'ont également démontré, comme vous l'a dit Tuffier, que le danger de l'opération, dans ces conditions, n'est pas plus grand que lorsqu'on intervient à froid.

Je ne viens certainement pas préconiser devant vous l'intervention dans tous les cas : il est, certes, des circonstances où, comme tous mes collègues, je donne la préférence au traitement médical, et le professeur Berger se souvient certainement d'une jeune fille que nous avons observée ensemble dans les environs

de Paris, qui a présenté sous nos yeux quatre crises graves d'appendicite pour lesquelles nous n'avons pas cru devoir intervenir et qui a guéri néanmoins.

Le point délicat est de savoir dans quels cas il convient d'intervenir.

Plusieurs de nos collègues ont proposé une classification anatomo-pathologique et insisté sur la possibilité de distinguer, au lit du malade, les variétés qu'ils ont indiquées.

Je reconnais avec eux qu'il est des cas où cette distinction est facile : mais j'affirme en m'appuyant sur les faits de ma pratique dont les premiers ont été consignés dans un travail publié en collaboration avec mon élève Macé (*Revue de Pozzi*, 1898) que cette distinction est souvent impossible. Même pour l'abcès, qui semble la variété la plus facile à reconnaître, il est des cas, et j'en ai cité des exemples, où le diagnostic ne peut se faire que le bistouri à la main.

Dans un cas récent que j'ai opéré à l'hôpital Dubois, un de nos collègues des hôpitaux avait affirmé qu'il n'existait aucune collection : vingt-quatre heures après son examen, sans qu'il soit survenu aucune aggravation dans son état général, je donnais issue à un demi-litre de pus.

Hier encore, appelé près d'un vieillard de soixante-huit ans, par un médecin très instruit des environs de Paris, j'ouvrais une collection pelvienne notable d'origine appendiculaire ; une palpation minutieuse de la fosse iliaque droite ne m'avait rien révélé et la température était normale. Ce malade présentait deux hernies inguinales difficilement réductibles et des vomissements qui m'avaient fait penser tout d'abord à un accident herniaire.

Récemment, dans mon service de la Pitié, je trouvais une collection rétro-cæcale dans les mêmes conditions. Quoi qu'on en ait dit, le diagnostic de la forme anatomique est donc parfois impossible, et c'est la circonstance principale qui, selon moi, doit conduire le chirurgien à une intervention hâtive.

Dès lors, quand je vois les accidents généraux et fonctionnels persister plus de vingt-quatre heures, même à défaut d'accidents locaux nettement déterminés ou quand je constate que, malgré la défervescence fébrile et la disparition complète des accidents de péritonisme, il persiste un point douloureux dans la fosse iliaque, je n'hésite pas à intervenir et je déclare que je n'ai jamais eu à regretter mon intervention dans ces conditions spéciales.

J'ai constamment trouvé dans ces cas des collections purulentes plus ou moins éloignées de la paroi et je ne sais pas ce que le malade aurait pu gagner à l'abstention et au traitement

médical. C'est la pratique que vous recommandait Hartmann dans la dernière séance. Il faut naturellement que le diagnostic d'appendicite soit établi et je reconnais, comme vient de nous le dire très judicieusement notre collègue Quénu, que ce diagnostic est parfois très malaisé à établir.

Convient-il de rechercher l'appendice dans les foyers de suppuration ?

Plusieurs de nos collègues insistent sur cette recherche. D'autres, avec M. Quénu, pensent qu'il vaut mieux s'abstenir. Je crois qu'on ne saurait être exclusif à cet égard et qu'il faut savoir distinguer les cas.

Quand il existe une vaste collection ayant envahi les plans profonds de la peau, il n'est guère possible de songer à cette recherche. L'intervention doit se borner à une incision d'abcès et le chirurgien doit se rappeler que le plus souvent l'appendice se trouve détruit par suppuration ou par gangrène.

D'autre part, quand la collection est loin de la paroi et que l'incision de cette dernière a permis de pénétrer dans la cavité péritonéale, il est ordinairement avantageux, quand on découvre l'appendice, de l'exciser; cette résection permet, parfois, de constater derrière, un nouvel abcès et de faire, en conséquence, une opération plus complète qui met également le malade à l'abri d'une récidive ultérieure.

Je ne veux dire, en terminant, qu'un mot, de l'opération à froid, dont quelques-uns de nos collègues ont parlé, mais qui ne rentre qu'indirectement dans la discussion actuelle.

La plupart de nos collègues l'ont représentée comme toujours bénigne; cette opinion est bien en effet l'expression de la vérité quand il ne s'agit que de pratiquer l'ablation d'appendices libres d'adhérences et n'offrant que des lésions de début.

Mais il n'en est pas toujours de même, et ceux de nos collègues qui en proclament la bénignité devraient nous préciser l'étendue et la nature des lésions péri-appendiculaires dans les cas qu'ils ont observés.

M. le professeur Berger a bien fait d'insister sur les réserves qu'il convient de faire en pareil cas, et sur l'impossibilité d'affirmer *à priori* la bénignité d'une opération faite dans des conditions qu'il est impossible le plus ordinairement de préciser à l'avance.

J'ai eu pour ma part l'occasion d'observer un cas en apparence bénin dans lequel j'ai constaté l'existence d'une collection purulente intra-appendiculaire et qui s'est terminé par la mort au huitième jour à la suite d'accidents très insidieux.

A la vérité ce cas pouvait, avant l'intervention, être considéré comme rentrant dans le cadre des appendicites à froid, et cepen-

dant les constatations faites au cours de l'opération ont montré combien il en différait. Cette observation montre encore une fois de plus combien il est illusoire d'attendre que les appendicites se soient refroidies et vient aussi à l'appui de l'intervention hâtive dès le début de la crise, quand cette dernière est légitime.

M. le Dr Barette (de Caen). — Dans une période de huit années, je n'ai opéré que dix-huit appendicites; j'ai refusé d'intervenir chez quatre malades, mourants de péritonite, au moment où j'étais appelé à les voir. J'ai observé encore quatre cas de coliques appendiculaires apyrétiques chez des adolescents dyspeptiques et que je serai peut être appelé à opérer un jour. Enfin je surveille trois cas d'appendicite chronique douloureuse sans crises aiguës, que j'espère opérer à froid. Au total, vingt-cinq cas.

Cette proportion est petite, relativement au nombre des affections chirurgicales qui me passent sous les yeux. La cause la plus probable est la connaissance encore imparfaite que beaucoup de nos confrères ont de cette affection, de ses formes cliniques et de ses variétés si nombreuses.

Chez le plus grand nombre de mes opérés, je n'ai pu intervenir que lorsque la suppuration était manifeste. Je n'avais pu les observer qu'un temps plus ou moins long après le véritable début de la maladie.

Dans un cas cependant, je suis intervenu au sixième jour d'une première crise d'appendicite, au moment où l'abcès commençait à se former: la malade a guéri.

Obs. I. — *Première attaque d'appendicite à marche subaiguë. — Opération au sixième jour. — Abcès. — Guérison.*

Mme X..., âgée de ving-cinq ans, dyspeptique, un peu nerveuse, mère de trois enfants, est prise le samedi 25 janvier 1896 de douleurs vagues dans l'abdomen et d'une sensation de malaise général.

Dans la matinée du lendemain, elle ressent à plusieurs reprises des coliques.

Le lundi 27, elle se plaint de douleurs plus marquées dans le côté droit du ventre, la température monte à 38 degrés.

Le mardi, le ventre est un peu tuméfié, sensations nauséeuses. Administration d'un léger purgatif.

Mercredi 27, les douleurs ont un peu diminué, pas de fièvre, pas de nausées. On perçoit à l'examen du ventre une tuméfaction profonde, très circonscrite dans la région iléo-cæcale. Nous portons le diagnostic d'appendicite et nous émettons l'opinion d'une intervention immédiate. Elle est différée, mais nous prescrivons une surveillance rigoureuse de la température et de l'état de l'abdomen, considérant l'intervention

comme devant être indiquée s'il se produit un peu de ballonnement, des douleurs plus aiguës, des nausées ou des vomissements.

Le vendredi 31 janvier, la malade est anxieuse, la température à 38°,5, le ventre est très légèrement ballonné; on sent toujours dans la région appendiculaire un noyau gros comme une noix, très douloureux. Il y a eu quelques nausées, pas de selles. L'intervention est immédiatement décidée.

La malade étant anesthésiée à l'éther, nous pratiquons une incision de 8 centimètres à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, incision dont le milieu répond au noyau douloureux. Après avoir traversé les différentes couches de la paroi abdominale, nous tombons sur une masse formée par l'appendice iléo-cæcal très injecté, contourné en tire-bouchon, tuméfié en massue à son extrémité, autour de laquelle se trouve un petit abcès contenant une cuiller à café de pus très fétide. Cet abcès est simplement séparé de la cavité péritonéale par une sorte d'enroulement en cornet du grand épiploon. Nous réséquons la partie malade de l'appendice et la portion d'épiploon attenante, et après un nettoyage vigoureux de la petite cavité avec de l'eau phéniquée forte, nous drainons à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée qui sort par la partie inférieure de la plaie refermée en huit; suites de l'opération très normales; la mèche de gaze est enlevée au troisième jour, la cicatrisation était complète au bout d'une quinzaine de jours.

Depuis, la malade n'a jamais ressenti aucune douleur dans la région: elle a eu une quatrième grossesse normale terminée par un accouchement sans complication.

Chez onze autres malades, je ne suis intervenu qu'après formation d'abcès péri-appendiculaires plus ou moins volumineux, circonscrits par des adhérences qui les limitaient.

L'opération a eu lieu au 6e jour une fois; deux fois au 7e jour, deux fois au 9e jour, deux fois au 10e jour, trois foisau 12e jour, une fois au 16e jour. Dans un cas, l'appendice gangrené baignait dans le pus et s'éliminait seul (au 12e jour, obs. IV). Dans 5 cas (obs. III, V, VI, VIII, X), j'ai réséqué l'appendice plus ou moins altéré. Cinq fois (obs. II, VII, IX, XI, XII), je ne l'ai point cherché. Une fois (obs. III), il contenait un noyau de cerise.

Neuf de ces malades ont guéri; deux sont morts. Le premier (obs. II) était un diabétique opéré dans de très mauvaises conditions, mort dans le coma trois jours après. Le second (obs. XII) est une jeune fille de vingt et un ans qui, atteinte d'une appendicite en apparence bénigne, fut reprise au 9e jour, après une accalmie trompeuse, de phénomènes très graves et qui succomba trois jours après l'intervention.

Voici les observations de ces onze malades.

Obs. II. — *Appendicite suppurée chez un diabétique. Opération. Mort à la suite de phénomènes cérébraux attribuables ou au diabète ou à l'infection.*

Le 26 mai 1891, appelé près d'un malade âgé de quarante-neuf ans, je constatai l'existence d'un empâtement douloureux, avec fluctuation profonde dans la région iléo-cæcale droite s'étendant vers la fosse iliaque. Les signes locaux de cette lésion avaient débuté cinq à six jours auparavant chez ce malade, qui jouissait depuis quelque temps d'une très mauvaise santé. Diabétique arrivé à la période d'amaigrissement, il présentait en outre des signes d'altération hépatique ancienne. La teinte jaunâtre des conjonctives et de la face était antérieure au début des accidents de la fosse iliaque. La température était assez élevée, 39°,5 et 38 degrés. Le malade était dans un état d'hébétude très frappant, la langue sèche.

Malgré cette situation très mauvaise, nous pratiquâmes une incision sur la région malade et nous ouvrîmes un foyer de suppuration contenant un bon verre à bordeaux de pus très fétide. Au fond du foyer, nous pûmes reconnaître l'appendice très adhérent au plan profond et entouré de fausses membranes. Ne voulant pas prolonger l'opération à cause du mauvais état du patient, nous nous contentâmes de nettoyer la plaie et de la drainer.

Le malade succomba trois jours après, sans réaction péritonéale. L'état comateux s'était accentué, entrecoupé de quelques périodes d'agitation.

L'urine contenait environ 70 grammes de sucre par litre et un peu d'albumine. Durant les deux derniers jours, la sécrétion urinaire fut presque nulle.

Obs. III. — *Appendicite aiguë. Abcès sous et rétro-cæcal. Perforation de l'appendice par un noyau de cerise. Résection de l'appendice. Guérison.*

Le jeune H..., âgé de quatorze ans, est amené dans notre service de l'Hôtel-Dieu, le 15 juin 1893, au soir, dans un état assez grave. Malade depuis une dizaine de jours, il présentait le 20 juin au matin une tuméfaction marquée de la fosse iliaque droite, très douloureuse au toucher. Ballonnement assez marqué de l'abdomen, facies terreux, grippé, anorexie absolue, quelques vomissements bilieux, constipation.

Après anesthésie chloroformique, nous pratiquons une incision de 8 centimètres sur la partie la plus saillante de la tumeur, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque.

Nous tombons dans un foyer purulent très fétide, limité en haut par le cæcum et les anses voisines agglutinées de l'intestin grêle; ce foyer remonte en haut et en arrière du cæcum vers la région lombaire. Nous trouvons l'appendice formant une bride annulaire incomplète autour de la terminaison de l'iléon; nous le décollons avec soin et nous le réséquons à son insertion cæcale après ligature préalable. Son extrémité inférieure est renflée, perforée par gangrène locale, et dans la cavité, nous trouvons un noyau de cerise parfaitement reconnaissable à sa couche ligneuse corticale et à son amande.

La cavité de l'abcès est soigneusement lavée avec une solution antiseptique, drainée avec une mèche de gaze iodoformée, et les deux tiers supérieurs de la plaie sont refermés par une suture au crin de Florence. Suites de l'opération normales, guérison complète au bout de vingt jours.

Obs. IV. — *Appendicite suppurée. Incision d'un abcès considérable. Elimination spontanée de l'appendice. Guérison.*

Le 30 octobre 1893, je suis appelé à Falaise chez M. X..., boucher de son état, malade depuis douze jours. Pourvu d'un très fort appétit, X... était assez souvent sujet à la constipation. De temps en temps, il était pris de crises de coliques qui se terminaient par des débâcles abondantes. Il y avait douze jours, il avait été pris de douleurs dans le bas-ventre, de fièvre assez vive et il avait été obligé de s'aliter. Des purgatifs légers, des applications émollientes n'avaient pas notablement modifié son état. Il s'était formé, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction douloureuse, et, en même temps étaient survenus des vomissements bilieux et des phénomènes de retentissement péritonéal.

A mon arrivée à Falaise, je trouvai le patient avec une fièvre assez vive, 37°,5, un facies mauvais, la langue sèche. Masse fluctuante dans la fosse iliaque droite. Immédiatement, je pratiquai une incision de 7 à 8 centimètres, parallèle aux deux tiers externes de l'arcade crurale à 2 centimètres au-dessus d'elle; issue d'une très grande abondance de pus très fétide. Pendant le lavage antiseptique de la poche, nous vîmes sortir un corps allongé, long de 6 à 7 centimètres, arrondi et absolument noir. L'examen nous permit de reconnaître l'appendice vermiforme gangrené. Il s'était spontanément détaché et baignait dans le pus. Drainage de l'abcès. Suites de l'intervention normales. Guérison rapide. Depuis, le malade n'a jamais rien ressenti.

Obs. V. — *Appendicite suppurée à marche aiguë. Seconde attaque. Opération au sixième jour. Guérison.*

Le 21 mars 1894, je voyais à minuit Mlle X..., âgée de treize ans. Elle était malade depuis cinq à six jours. Huit mois auparavant, habituellement constipée, elle avait présenté une crise de douleurs abdominales très vives avec vomissements bilieux. On avait craint une appendicite aiguë, mais tout s'était calmé au troisième jour. Il y a cinq jours, vers onze heures du soir, elle fut prise de nouveau des mêmes accidents; mais d'une façon un peu moins violente.

Dès le lendemain, le médecin traitant constatait une tuméfaction notable et le point douloureux de Mac Burney. La température se maintenait entre 38°,5 et 37°,6. A mon arrivée, je constatai une altération notable des traits, de l'amaigrissement marqué. Le ventre était moyennement ballonné, la fosse iliaque droite et la région appendiculaire étaient le siège d'un empâtement profond avec fluctuation certaine.

Après anesthésie, incision à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque, descendant presque jusqu'au milieu du pli de l'aine.

Vaste foyer purulent sous-cæcal, dans lequel baigne l'appendice perforé, doublé de volume. Résection de l'appendice, drainage du foyer purulent préalablement désinfecté. Réunion des trois quarts supérieurs de la plaie. Guérison sans complications.

L'appendice était perforé au niveau de son extrémité; il ne contenait que du pus. Sa communication avec le cæcum n'était oblitérée que par le gonflement inflammatoire de la muqueuse.

Obs. VI. — *Appendicite suppurée. Forme postérieure. Incision. Drainage. Guérison.*

Le nommé H..., âgé de onze ans, écolier, entre dans le service de la clinique, salle Saint-Ferdinand, n° 5, le 12 mars 1895.

D'après les renseignements fournis par la famille, il aurait fait, six jours avant son entrée, une indigestion; vomissements trois heures après le repas du soir; colique et diarrhée le lendemain matin. Au lieu de se remettre, l'enfant accusait, depuis, une douleur très violente dans le côté droit du ventre; il ne pouvait remuer dans son lit sans pousser des cris; les douleurs, depuis deux jours, s'étendaient même dans la cuisse droite, qu'il ne pouvait allonger complètement comme l'autre. A l'examen, empâtement dans la région du flanc droit; douleur très-violente dans la région iléo-cæcale; ballonnement moyen de l'abdomen, fièvre 39 degrés, constipation, sonorité un peu atténuée du flanc; fosse iliaque très peu empâtée. Nous pratiquons une incision tombant perpendiculairement sur l'épine iliaque; un peu en dedans d'elle, 1 cent. 1/2, légèrement couchée en bas. Grosse collection purulente remontant en haut derrière le cæcum. Appendice déchiqueté en fragments ramollis.

Drainage de la poche et fermeture partielle. Ecoulement de liquide intestinal par la plaie, le lendemain et pendant une douzaine de jours; puis fermeture de la fistule stercorale.

Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. VII. — *Appendicite subaiguë (première attaque). Suppuration. Opération. Guérison.*

Le jeune B..., âgé de douze ans, enfant d'aspect assez vigoureux, ayant été dyspeptique avec dilatation gastrique, est pris le jeudi 26 mars 1896, au retour de la classe, de vomissements alimentaires puis bilieux, qui ne cessent que le lendemain dans la soirée. Le médecin appelé, constate une douleur vive dans la fosse iliaque droite et du côté de la vésicule biliaire; il pense à une colique hépatique et fait appliquer un vésicatoire volant; en même temps il administre un léger purgatif.

Le samedi 28 mars, la douleur de la fosse iliaque persiste, mais il n'y a plus de vomissements.

Les dimanche 29, lundi 30 et mardi 31, l'enfant est beaucoup plus calme, sans fièvre, il a peu d'appétit et ne prend que du lait. On obtient une selle tous les jours à l'aide d'un très léger laxatif.

La douleur de la fosse iliaque est peu vive.

Le mercredi soir 1er avril, et surtout le jeudi 2 (huitième jour de la maladie), reprise de douleurs plus vives avec irradiations dans l'aine droite. Ballonnement léger du ventre, du côté droit. Douleur très vive à la pression au point de Mac Burney.

Appelé à voir le malade, nous constatons une tuméfaction marquée de la fosse iliaque et du flanc droit. Il existe une masse dure, empâtée, très sensible, entre l'épine iliaque droite et l'ombilic; elle est limitée en bas par le milieu de l'arcade crurale et elle remonte en haut jusqu'au niveau de la ligne horizontale passant par l'ombilic. Sensation de fluctuation profonde.

L'enfant étant chloroformé, nous pratiquons une incision de 7 à 8 centimètres à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque prise pour milieu.

Nous tombons dans un foyer purulent très fétide limité en haut par le cæcum et des adhérences inflammatoires entre l'intestin et l'épiploon. Dans le liquide, nous recueillons une concrétion fécale dure, crétacée, du volume d'un gros grain de riz cuit. Ne trouvant pas l'appendice, et ne voulant point décoller les adhérences pour le chercher, nous pratiquons un lavage antiseptique du foyer et nous drainons avec une mèche de gaze au salol. L'état de l'enfant s'est rapidement amélioré et la guérison a suivi son cours régulier. Depuis, santé parfaite, pas de nouveaux accidents.

Obs. VIII. — *Appendicite subaiguë suppurée. Incision. Résection de l'appendice. Guérison.*

A la suite de troubles digestifs caractérisés par une diarrhée persistante, de la fièvre, un état général de plus en plus mauvais, le jeune X..., âgé de dix-neuf ans, domestique de ferme, entra à l'Hôtel-Dieu de Caen, dans le service de la clinique médicale, et y fut soigné pendant quelques jours comme atteint de fièvre typhoïde. Le 17 juin 1896, on le faisait passer dans le service de clinique chirurgicale et nous constations une tuméfaction douloureuse, manifeste dans la fosse iliaque droite, avec fluctuation profonde. Ballonnement moyen de l'abdomen, quelques vomissements bilieux. Immédiatement, le malade fut éthérisé et nous pratiquâmes une incision de 8 centimètres, parallèle à l'arcade crurale, remontant jusque devant l'épine iliaque antéro-supérieure. Nous donnâmes ainsi issue à un abcès très fétide situé au-dessous du cæcum et étendu surtout vers le petit bassin. L'appendice baignait dans le pus, recouvert de fausses membranes; nous pûmes le réséquer facilement. Lavage et drainage de la poche. Amélioration rapide des symptômes généraux et locaux. Fistule fécale pendant une dizaine de jours guérie spontanément.

Obs. IX. — *Appendicite subaiguë suppurée, forme postérieure. Abcès iléo-lombaire. Incision. Drainage. Guérison.*

La nommée X..., âgée de vingt-quatre ans, ménagère, entre vers le 20 juin 1896 à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Elle se disait malade depuis deux à trois jours; elle avait été prise brusquement

d'une douleur très violente dans le côté droit du ventre avec envies de vomir et coliques. Maintenue en observation avec antisepsie intestinale, sangsues, purgatifs légers, elle fut passée dans notre service le 8 juillet suivant. Nous constations alors un empâtement très marqué du flanc droit. Douleur très vive au point de Mac Burney. Sonorité superficielle très accusée ayant le timbre hydro-aérique. La tuméfaction, dure, profonde, descend peu vers la fosse iliaque, mais elle ne s'étend pas en arrière à la région rénale. On ne peut distinguer la fluctuation profonde. Rien du côté des annexes droites ; rien de notable dans les urines. Soupçonnant une collection purulente rétro ou latéro-cæcale, nous pratiquons, après anesthésie, une incision verticale de 9 à 10 centimètres, suivant une ligne tombant verticalement à deux travers de doigt en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Après avoir traversé les plans musculo-aponévrotiques assez épais de la région, nous tombons dans un vaste foyer purulent d'une fétidité très marquée, descendant jusque vers la partie supérieure de la fosse iliaque, et remontant en haut et en arrière vers la région rénale. Nous pûmes percevoir par le toucher un corps allongé, dur par places, arrondi, qui devait être l'appendice et que nous n'essayâmes point de décoller. La poche fut lavée et drainée largement par sa partie inférieure, puis refermée dans ses trois quarts supérieurs. Suites de l'opération très simples. Pendant huit à dix jours, écoulement assez abondant de liquide fécaloïde, puis cessation spontanée de cette petite complication. Guérison complète au bout de trois semaines.

Obs. X. — *Appendicite suppurée. Opération au 10e jour. Guérison.*

Le jeune V..., âgé de douze ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 20 juin 1897, dans le service de la clinique médicale. Il a été pris, deux jours auparavant, de vomissements et de diarrhée à la suite d'un repas copieux dans lequel l'enfant avait mangé abondamment de la charcuterie avariée connue ici sous le nom d'atignoles. En même temps, il se plaint d'une douleur très vive dans le côté droit du bas-ventre. Traitement pugatif, légère antisepsie intestinale. Les jours suivants, le malaise général continue, la douleur dans la fosse iliaque droite persiste et on sent se développer un empâtement profond au niveau de la région iléo-cæcale. La température se maintient entre 38°,5 et 39 degrés. Le 28 juin, le malade est passé dans notre service et nous l'opérons immédiatement, voyant que le ventre se ballonnait et que le pouls était devenu très fréquent. Incision de 7 à 8 centimètres sur le trajet de l'empâtement. Issue de pus très abondant. Appendice turgescent, perforé dans sa partie moyenne, très entouré de fausses membranes. Résection de l'organe. Drainage du foyer de suppuration. Guérison régulière du malade.

Obs. XI. — *Appendicite subaiguë. Suppuration. Incision. Drainage. En voie de guérison. Fistule stercorale.*

Mlle F..., âgée de quatorze ans, entre le 18 février dernier dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Jamais elle n'a été malade antérieurement.

Il y a douze jours environ, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements. Nous constatons un léger météorisme, de l'empâtement dans la fosse iliaque, une douleur très vive au point classique. Température 38°,8, langue saburrale.

Le 19 au matin, nous pratiquons l'opération. Laparotomie latérale de 12 centimètres qui nous permet de découvrir un abcès sous-cæcal très fétide, limité en bas par l'arcade crurale. Nous recherchons l'appendice, que nous ne pouvons trouver, et après un nettoyage rigoureux, nous drainons et nous fermons les trois quarts supérieurs de la plaie.

Au 2e jour après l'opération, nous avons constaté l'écoulement de matières stercorales par la plaie. Actuellement cet écoulement est moins abondant (un mois). La guérison suit son cours normal.

Obs. XII. — *Appendicite subaiguë. Période d'accalmie. Reprise suraiguë. Suppuration. Opération. Mort.*

Mlle K..., vingt et un ans, habituellement très constipée, est prise dans la nuit du 24 au 25 novembre 1898 d'une douleur très aiguë dans le côté droit du ventre avec coliques et envies de vomir. Le 27 novembre, j'examine la malade avec le médecin traitant, et je constate la douleur caractéristique, la tuméfaction en boudin, la constipation, une langue saburrale et un état fébrile léger, 38°4. Aucun retentissement péritonéal. Il y a eu dans la matinée une évacuation abondante.

Les 28, 29, 30 novembre, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré. Néanmoins, la température oscille entre 37°6 et 37°8 le matin, pour monter le soir à 38 ou 38°4. Le pouls marque toujours 110 à 120 pulsations.

Dans la nuit du 3 au 4 décembre, douleur extrêmement violente dans la région malade, accompagnée d'un grand frisson et d'un état syncopal alarmant. La température monte à 39°2.

Le 4 décembre, laparotomie d'urgence. L'incision latérale de 10 centimètres, permet de découvrir le cæcum et la terminaison de l'iléon très injectés, sans trace de suppuration à leur face antérieure. On ne voit point l'appendice. Je décolle alors avec précaution le cæcum, à son côté externe, et je trouve dans le sinus formé entre le méso-cæcum et la paroi latérale de l'abdomen, un foyer purulent très fétide, dans lequel je ne cherche point l'appendice, de peur de détruire quelques adhérences protectrices. Nettoyage rigoureux du foyer. Drainage. Fermeture des trois quarts supérieurs de la plaie abdominale.

Le lendemain, la fièvre était tombée : 36°8 le matin, 37°2 le soir. Néanmoins, pouls 110.

Le surlendemain, temp. matin, 37 degrés; soir, 37°6.

Le 7 décembre au matin, l'état général s'aggrave subitement, le ventre se météorise et la malade succombe à midi, avec tous les signes d'une péritonite suraiguë.

Deux fois nous avons pratiqué la laparotomie en pleine péritonite généralisée; les deux malades ont succombé : l'un (obs. XIII)

était au dixième jour de sa maladie; l'autre (obs. XIV) était au huitième jour. Chez tous les deux, nous avons réséqué l'appendice. Chez le second (obs. XIV), il contenait un noyau de cerise.

Voici ces deux observations :

Obs. XIII. — *Appendicite aiguë. Péritonite suppurée. Opération. Mort.*

La nommée C..., âgée de trente ans, est passée le 10 mai 1893 du service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans notre service, dans un état général très grave. Signes manifestes de péritonite généralisée; pouls petit, 140; température 37°8. Elle a subi pendant une huitaine de jours le traitement médical : purgatifs légers, sangsues, etc. etc.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, elle aurait eu une appendicite classique. Nous pratiquons une intervention d'urgence. Laparotomie médiane; issue de pus en très grande abondance. L'appendice recherché, est trouvé réduit à l'état de magma purulent entouré de fausses membranes suppurées. Résection des lambeaux d'appendice, lavage du péritoine : drainage et fermeture du ventre.

La malade succombe dans la nuit qui suit, seize heures après l'intervention.

Obs. XIV. — *Appendicite perforante. Péritonite généralisée. Laparotomie. Résection de l'appendice contenant un corps étranger (noyau de cerise). Mort.*

Le lundi 18 décembre 1893, je suis appelé près d'un jeune garçon de huit ans et demi, malade depuis une huitaine de jours.

Au milieu d'une santé parfaite, il avait brusquement été pris de vomissements et de douleurs très vives dans le ventre.

Après une accalmie survenue au deuxième jour et qui avait duré quarante huit heures, les douleurs avaient repris, et peu à peu le ventre s'était ballonné.

Nous nous trouvions en présence d'une péritonite manifeste; l'intervention, des plus urgentes, fut pratiquée une heure après l'examen.

Laparotomie médiane ; issue d'une quantité très abondante de pus.

Après avoir écarté les anses grêles, nous trouvons dans le côté droit un appendice turgescent, en partie gangrené, que nous réséquons. Lavage très abondant de la cavité abdominale avec de l'eau salée bouillie très chaude. Drainage de la cavité abdominale à l'aide d'un gros drain répondant à la région iléo-cæcale et traversant le côté droit de la paroi. Suture de l'incision abdominale.

Après une amélioration passagère durant la nuit qui suivit l'intervention, l'enfant succomba dans la matinée du lendemain.

L'appendice enlevé contenait un noyau de petite cerise. La section de ce noyau montrait son enveloppe ligneuse et son contenu : une amande ramollie. Il était impossible de le confondre avec une concrétion fécale ou un autre corps étranger.

Voici maintenant deux observations que j'ai qualifiées d'appendicite gangreneuse à marche suraiguë. Elles n'ont pas l'une avec l'autre une parfaite similitude. Voici la première.

Obs. XV. — *Thyphlo-appendicite gangreneuse. Opération. Mort par infection et hémorragies répétées.*

Le samedi 14 août 1877, je fus appelé près d'un jeune homme de dix-huit ans qui avait été pris très brusquement, quatre jours auparavant, de phénomènes abdominaux graves. Douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen, quelques vomissements, diarrhée profuse, amaigrissement très rapide, fièvre oscillant entre 38°5 et 40 degrés.

A notre arrivée, nous constatons un facies anxieux, tiré, grisâtre; le ventre était légèrement météorisé, une douleur très aiguë se manifestait à la moindre pression au niveau de la fosse iliaque droite. Cette région était empâtée, quoique sonore à la percussion. La douleur remontait vers la région hépatique; la diarrhée était un peu modérée. Le malade avait un aspect typhique, la langue était sèche, il avait une soif ardente mais n'avait aucun délire, la température était à 39°8.

Cinq heures après notre premier examen, considérant que le ballonnement du ventre n'avait pas augmenté et qu'il y avait une légère accalmie, nous décidâmes d'intervenir. Je pratiquai une incision verticale dans la région iléo-cæcale et je tombai dans une collection liquide purulente et sanieuse, roussâtre, extrêmement fétide. Des gaz intestinaux s'échappèrent alors avec abondance et nous pûmes voir une large perforation à bords noirâtres, gangreneux, faisant communiquer l'extrémité inférieure du cæcum avec l'abcès. La paroi intestinale était ramollie autour de la perte de substance. Nous gardant alors de toute exploration pouvant décoller des adhérences, qui ne pouvaient être que très récentes, nous plaçâmes une mèche de gaze dans la perforation et nous appliquâmes sur la plaie un pansement antiseptique absorbant. Nous recommandâmes l'emploi des toniques généraux et des antiseptiques intestinaux.

Pendant quarante-huit heures, le malade sembla éprouver un mieux notable; il s'ééoulait par la plaie une grande quantité de liquide intestinal très fétide et le pansement était renouvelé toutes les deux heures au moins.

Le troisième jour après l'opération, une hémorragie assez abondante se déclara et le malade rendit du sang par l'anus sous forme de mélæna, en même temps qu'il s'en écoulait par la plaie. Un pansement plus compressif arrêta l'hémorragie.

Mais le patient perdait ses forces rapidement, et bien que sa température fût tombée à 37°5 l'adynamie faisait des progrès rapides.

Au cinquième jour, nouvelle hémorragie moins abondante mais continue et incoercible. Le malade succomba le lendemain.

Dans la seconde, nous verrons une sorte d'étranglement par brusque coudure, amener une gangrène rapide avec des phéno-

mènes simulant l'occlusion intestinale. Le malade a succombé à la parésie de l'intestin ; âgé de soixante-cinq ans, il avait aussi moins de résistance. Voici le cas :

Obs. XVI. — *Appendicite gangreneuse simulant l'occlusion intestinale. Opération soixante-douze heures après le début. Mort.*

Le jeudi 15 décembre 1898, vers 7 heures du soir, après un accès de toux violent et prolongé, un de nos confrères, âgé de soixante-cinq ans, homme sobre et ordinairement bien portant, ressent dans le côté droit du ventre une douleur très violente, absolument subite : « Il lui sembla, nous racontait-il, qu'une portion de son intestin se dépendait ». Cataplasme.

Le lendemain 16, la douleur continuait plus sourde, quelques vomissements bilieux se produisaient. Un lavement amena une évacuation assez abondante de matières fécales et de gaz par l'anus. Un léger purgatif fut rendu par vomissement.

Le samedi 17, continuation des douleurs, malaise général plus accentué. Le ventre se ballonne un peu. Le malade prend deux lavements qui ramènent quelques boules fécales dures et quelques gaz. Il s'administre une potion opiacée pour calmer les douleurs et les nausées.

Le dimanche 18, au matin, il constate une aggravation dans son état. Absence complète de selles et de gaz, vomissements biliaires. Il se décide alors à appeler un confrère voisin. Celui-ci, constatant un état très grave, me demande aussitôt. A quatre heures du soir, je constatai un ballonnement moyen du ventre, surtout manifeste dans la moitié droite. Douleur très violente à la pression au point de Mac Burney, plus diffuse au-dessus et au-dessous.

La laparotomie est pratiquée à 6 heures du soir avec l'assistance des Drs Dietz et Lamy. L'incision latérale de 12 à 14 centimètres permet de tomber sur le cæcum et les anses grêles voisines rouges, très injectées et distendues par les gaz.

Sur la face antérieure du cæcum, se trouve une masse allongée, rigide, entourée de pus circonscrit par de fausses membranes jaunâtres récentes. Cette masse est l'appendice et son méso, turgescents, violacés, sphacélés immédiatement au-dessous de l'abouchement dans le cæcum.

L'appendice était donc replié à angle aigu de bas en haut devant cet organe. Résection de l'appendice et fermeture de la plaie cæcale au moyen d'un double rang de suture séro-séreuse au catgut n° 1.

Nettoyage rigoureux du foyer de suppuration et enlèvement des fausses membranes. Drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Fermeture partielle de la paroi abdominale.

Le lundi 19, deux lavements glycérinés amènent une émission de matières fécales et de gaz; soulagement notable perçu par le malade.

Le mardi 20, à 5 heures et demie du matin, après une nuit assez calme, il s'éteignit sans souffrance.

L'appendice présentait une longueur de 10 centimètres; il était

régulièrement cylindrique et avait au moins trois fois son volume normal. La cavité, ouverte longitudinalement, présentait à sa partie supérieure une masse fécale dure, du volume de deux gros noyaux de cerises, arrêtée au niveau de la partie gangrenée de la paroi. La cavité au-dessous était libre dans toute sa longueur et remplie d'un liquide épais, grisâtre, très fétide.

Enfin, il me reste à vous parler de deux cas d'appendicectomie pratiquée à froid.

Dans un cas (obs. XVII), la malade n'avait pas eu d'attaque aiguë; j'avais reconnu une lésion chronique de l'appendice; j'y ai trouvé deux corps étrangers, des plombs de chasse. Voici l'observation et le corps du délit.

Obs. XVII. — *Appendicite chronique sans grandes crises aiguës. Appendicectomie à froid. Corps étrangers de l'appendice (grains de plomb). Guérison.*

Mme Saint-H..., âgée de quarante-six ans, a toujours été habituellement constipée. Depuis le mois de septembre 1897, souvent elle ressentait dans le côté droit du ventre des douleurs assez aiguës. Ces petites crises duraient quelques heures et se calmaient ensuite. A l'examen clinique, pratiqué à plusieurs reprises en décembre 1897, en janvier et mars 1898, je constatai un léger météorisme. Au niveau du point de Mac Burney, la pression réveillait toujours une douleur vive, et une palpation minutieuse révélait la présence d'un petit organe très douloureux, allongé, roulant sous les doigts et présentant l'aspect d'un petit corps cylindrique. Aucun signe de lithiase rénale ou biliaire. Annexes droites indolores, gauches un peu sensibles.

Le 13 avril 1898, laparotomie latérale le long du bord externe du muscle droit par une incision de 10 centimètres, prenant pour centre le point de Mac Burney. Découverte rapide du cæcum et de l'appendice qui est injecté, bosselé, sans adhérences périphériques. Ligature double du méso-appendice, section du méso, section circulaire de la séreuse et de la musculeuse de l'appendice à un demi-centimètre de son insertion au cæcum. Ligature au catgut, section complète au-dessous de la ligature et ablation de l'appendice. Enfouissement du point lié et sectionné, au moyen de trois points de suture séro-séreuse à la Lembert. Fermeture du ventre à l'aide de la suture à trois étages que j'emploie habituellement. Suites de l'opération absolument normales et apyrétiques. Depuis, les crises douloureuses ne se sont pas reproduites et les fonctions de l'intestin se sont régularisées.

L'appendice enlevé était long de neuf centimètres à l'état frais. Il présentait deux bosselures, une inférieure allongée, séparée de la supérieure par un étranglement manifeste. L'incision longitudinale nous a montré dans la bosselure supérieure deux grains de plomb nos 5 et 6 surmontant quelques concrétions fécales dures. Pas de pus. Au niveau du rétrécissement, la paroi de l'appendice est épaissie et sclérosée, le

calibre presque complètement effacé. Au niveau de la bosselure inférieure, le calibre ne contient que quelques fins débris granuleux, la paroi est épaissie.

En somme, nous avons ici une appendicite chronique montrant des lésions de sclérose qui semblent avoir été provoquées par la présence de corps étrangers, les grains de plomb.

La seconde a été opérée une dizaine de jours après une seconde attaque aiguë d'appendicite.

Dans les deux cas, l'intervention a été absolument idéale, régulière dans son exécution et suivie de succès.

Obs. XVIII. — *Appendicite à répétition. Appendicectomie à froid, après une seconde crise aiguë. Guérison.*

Mlle A..., dix-neuf ans, avait toujours joui d'une bonne santé, quoique habituellement constipée, lorsqu'elle fut prise, au mois d'août 1898, d'une poussée très nette d'appendicite qui fut reconnue et soignée par notre confrère et ami, le Dr Fernaput, de Saint-Pierre-sur-Dives. Elle dura cinq à six jours et se termina par résolution. La jeune fille, quoique rétablie, se plaignait souvent, après la marche ou le travail, de douleurs dans le côté droit du ventre.

Le vendredi 15 novembre 1898, elle ressent une douleur très vive avec nausées et vomissements. Le médecin, appelé, prescrit un vésicatoire volant et un purgatif léger.

Le lundi 21, quatre jours après le début, je constatais une tuméfaction allongée, dure, très douloureuse au point de Mac Burney. Point de retentissement péritonéal, point d'élévation de la température. Il y avait eu dans la journée, d'abondantes évacuations alvines. Décroissance de tous les symptômes les jours suivants. Règles normales du jeudi 24 au dimanche 27. L'opération à froid, réclamée par la malade, et conseillée par le Dr F... et moi, est pratiquée le mardi 29 novembre.

Après anesthésie par l'éther, laparotomie latérale, prenant pour centre le point douloureux de Mac Burney. L'appendice est situé au dessous du cæcum et muni d'un méso triangulaire. Il est rouge et turgescent, quelques très minces membranes rouges, de péri-appendicite plastique, très faciles à dissocier, l'entourent.

Résection et suture de l'appendice. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans. Suites opératoires absolument normales.

L'appendice enlevé a huit centimètres et demi de long. Il est finement vascularisé à la surface, peu augmenté de volume. Il présente un rétrécissement à deux centimètres de son extrémité. Après l'avoir incisé suivant sa longueur, on trouve la muqueuse très injectée. Des concrétions fécales dures remplissent les deux tiers supérieurs de la cavité; elles sont entourées d'une couche jaunâtre purulente. Dans la partie inférieure du vermium, au-dessous du point rétréci, existent des concrétions dures, plus décolorées et plus anciennes que les premières.

Permettez-moi de tirer quelques courtes conclusions de cet exposé.

Sur 18 opérations, j'ai eu 6 morts, proportion peu brillante, mais qui s'explique par la gravité des cas, 2 péritonites généralisées, 2 appendicites gangreneuses, 2 appendicites avec abcès circonscrits dont 1 diabétique. Sur ces six malades, il y en a quatre qui auraient pu guérir s'ils avaient été opérés opportunément, si un diagnostic précis avait été porté plus tôt, si dans un cas je n'avais été trompé par une accalmie.

Aussi, tenant compte des cas que j'ai pu suivre de très près (obs. 1, 13, 16, 118), j'en conclus : qu'il est impossible au début d'une attaque d'appendicite de prévoir quelle sera son issue.

Il n'est point de symptôme pathognomonique qui permette d'affirmer qu'un cas donné se terminera d'une façon bénigne ou maligne.

Il est du devoir de tout bon observateur de prendre l'expectative à main armée devant tout cas d'appendicite, de façon à intervenir sans retard dès que l'on constate le moindre signe de gravité.

Plus l'intervention sera précoce, plus elle sera bénigne.

Lecture.

Sur le traitement de l'appendicite,

M. SONNENBURG (de Berlin), membre correspondant étranger, (lue par M. PICQUÉ).

M. Sonnenburg (de Berlin), membre correspondant étranger, m'a adressé, au sujet de l'appendicite, une lettre personnelle que je vous demande la permission de lire, persuadé que vous serez heureux d'avoir à ce sujet l'opinion d'un des chirurgiens qui se sont le plus occupés de cette question à l'étranger.

« Permettez-moi de vous envoyer encore quelques détails au sujet de la *pérityphlite opérée à chaud.*

« La *résection* de l'appendice se pratique sur un appendice libre d'adhérences ou sur un appendice adhérent, ou bien enfin sur un appendice noyé dans la cavité d'un abcès péri-appendiculaire.

« La dernière question est en discussion. Je suis complètement d'avis qu'il vaut mieux respecter l'appendice que de l'enlever au prix d'accidents généraux septicémiques ou d'une péritonite. Il n'y a pas de doute que cette pratique prudente, qui se borne à

l'incision de l'abcès, n'en a pas moins permis des guérisons définitives. Car souvent l'appendice lui-même est détruit par la suppuration ou par la gangrène. Mais ces cas-là sont néanmoins rares : l'incision seule ne suffit pas toujours, l'appendice malade, resté en place, occasionne de nouvelles attaques, la maladie recommence. C'est en raison d'observations pareilles que nous essayons toujours, quand nous opérons à chaud, la résection ou mieux l'amputation totale de l'appendice. Quand il y a abcès, la recherche et l'ablation de l'appendice est d'autant plus nécessaire que, très souvent, derrière l'appendice, se trouve un second abcès, qu'on n'aurait pu trouver d'une autre manière. Nos expériences à ce sujet nous ont montré que ladite recherche et l'amputation de l'appendice, quand on opère à chaud, ne causent ni danger ni autre complication. La condition est, qu'il ne s'agisse en effet que d'une pérityphlite avec abcès péri-appendiculaire bien limité et qu'il n'existe qu'un *seul abcès*. Du reste, mieux que tout raisonnement, notre statistique en donne la preuve.

« Sur 340 cas d'appendicite que j'ai moi-même opérés au cours de ces dernières années, j'ai trouvé :

« 125 cas d'appendicite perforante avec abcès péri-appendiculaire opérés à chaud.

« Dans 92 de ces 125 cas, la résection de l'appendice a été pratiquée. 25 fois l'ouverture de la cavité libre du péritoine a été faite au cours de cette recherche.

« Dans les autres 32 cas des 125 cas, je n'ai pas enlevé l'appendice, soit que l'appendice fût déjà détruit, soit qu'il fût trop adhérent. L'ouverture de la cavité du péritoine libre a été faite deux fois.

« *Ces 125 cas ont donné 125 guérisons définitives.*

« Ce qui prouve que notre technique opératoire est sûre et sans danger.

« Mais avant de pratiquer l'opération à chaud, on doit être sûr qu'il n'existe qu'un abcès :

« 1° Que le péritoine est intact:

« 2° Que l'appendice lui-même n'est pas trop adhérent à l'intestin ni au péritoine pariétal.

« Il est particulièrement important que le péritoine soit intact et qu'il ne présente pas trace d'inflammation. C'est une condition *sine qua non*. S'il est intact, l'ouverture du péritoine n'est pas dangereuse, quand même il existe du pus dans le voisinage. Il est vrai que le diagnostic touchant l'état du péritoine est difficile. Si on a des doutes, on devra attendre avant de pratiquer l'opération que les symptômes d'irritation du péritoine aient disparu. »

Rapport.

Sur un mémoire de M. le D[r] Mordret fils (du Mans), basé sur *cinq observations d'appendicite.*

M. POTHERAT, rapporteur.

Le mémoire de M. le D[r] Mordret fils, sur cinq cas d'appendicite, vient à son heure au cours de la discussion actuelle.

Je vais d'abord vous rappeler les cinq observations de M. Mordret, très succinctement, malgré l'intérêt chirurgical de chacune d'elles; puis j'examinerai et discuterai devant vous les réflexions par lesquelles l'auteur termine son mémoire.

Dans les cinq cas, M. Mordret est intervenu chirurgicalement; quatre fois il a obtenu une guérison complète; dans un cas seulement il n'a pu sauver sa malade; il s'agissait d'ailleurs d'une forme très grave, une de ces formes particulièrement septiques dans lesquelles, malgré l'opération précoce et bien faite, la guérison est l'exception. Ces résultats thérapeutiques font le plus grand honneur à notre distingué confrère du Mans; mais les observations elles-mêmes méritent de nous arrêter un peu plus longuement.

Obs. I. — Jeune homme de vingt ans. Début de la crise le 23 mai 1898, par des coliques violentes avec vomissements. Cette crise courte est suivie d'un silence complet de huit jours, puis nouvelle crise plus violente que la première; le diagnostic d'appendicite est porté par le D[r] Desfossés, médecin traitant, et le D[r] Mordret est appelé. A ce moment, le facies est fatigué, légèrement plombé, le ventre un peu ballonné; le pouls est fréquent, petit; la température à 38°2; depuis la veille, il n'y a eu ni selles ni gaz. Incision latérale; issue d'un verre de pus, non fétide; lavage et drainage. L'appendice n'a pas été aperçu. La guérison fut lente; il persista une fistule jusqu'en septembre, laquelle fistule se ferma spontanément et rapidement après l'évacuation d'un petit corps étranger ellipsoïde de 2 à 3 centimètres de dimension, et de consistance assez ferme.

M. le D[r] Mordret croit que ce corps étranger était l'appendice; il est permis d'en douter; je croirais plutôt qu'il s'agissait là d'une coprolithe. Notre confrère s'étonne un peu aussi qu'un abcès aussi volumineux ait pu rester huit jours (intervalle des deux crises) absolument silencieux. C'est là cependant un fait qui n'est pas très rare, et il m'est arrivé, comme à beaucoup d'entre vous, sans doute, d'évacuer des collections péri-cæcales volumineuses, ne donnant lieu qu'à peu ou pas de phénomènes généraux; la température elle-même, si caractéristique dans toutes les suppurations, peut faire défaut

Obs. II. — Femme de cinquante-six ans. Début brusque par coliques, vomissements. Le Dr Mordret ne voit la malade que cinq à six jours plus tard. Déjà il existe dans la fosse iliaque droite une énorme tuméfaction perceptible à la vue, très douloureuse au palper. L'état général est mauvais. La langue est sèche; il y a de la prostration. L'état du pouls et la température ne sont pas mentionnés. L'opération, d'abord refusée, est acceptée quarante-huit heures plus tard. L'incision latérale traverse un péritoine très épaissi et conduit dans un foyer rétro-cæcal rempli de détritus sphacélés et d'odeur infecte; il existe une très large perforation du cæcum, mais l'appendice n'est plus visible. La guérison a été très rapide, il ne persiste pas de fistule stercorale; mais il y avait eu une large ouverture laissée béante, et il subsista une légère éventration.

Cette observation ne prête pas à développements; elle est un peu incomplète; insuffisamment explicite. Il n'est pas absolument certain même qu'il s'agit d'une appendicite, et non d'une typhlite perforante, ou d'un abcès de la fosse iliaque secondairement ouvert dans le cæcum; car au moment de l'intervention, la tuméfaction était beaucoup diminuée à la suite d'une abondante selle survenue dans la nuit précédente et sur la nature de laquelle aucun renseignement n'a pu être fourni.

Toutefois l'opération était parfaitement justifiée, même dans cette dernière hypothèse; c'est elle qui a amené une guérison certaine et rapide.

Obs. III. — Jeune fille, dix-huit ans. Début classique; pendant la nuit, coliques violentes et vomissements alimentaires. Douze heures plus tard, le ventre est partout douloureux, mais pas plus particulièrement à droite; ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que le point de Mac Burney existe nettement. La température est à 38°5, le pouls à 120; puis il atteint 140 au bout de trente-six heures avec 39°5 de température. Il y a donc corrélation entre la température et le pouls. Dans ce cas, il y avait constipation, mais la rétention des gaz ne fut jamais complète. Il n'y a ni hoquet ni vomissement, mais un état général très mauvais. L'incision est pratiquée après le troisième jour; les muscles de la paroi abdominale sont infiltrés d'une sérosité un peu épaisse; à l'ouverture du péritoine, il sort, de suite, plus d'un verre d'un liquide louche. Les anses intestinales adhèrent légèrement entre elles. Au milieu d'elles, l'appendice, noirâtre, sphacélé, collé sur la face antérieure du cæcum; il est réséqué très près de cet organe. Drainage, sans lavage préalable. Malgré cette intervention, la mort survient dans les vingt-quatre heures.

Il s'agissait évidemment dans ce cas d'une forme très septique; nous en avons pour preuve cette infiltration précoce de la paroi abdominale elle-même, infiltration qu'on observe si souvent dans les appendicites les plus virulentes et qui rend compte de la

circulation superficielle plus marquée, et du *léger œdème de la paroi* qu'avec un peu d'attention on peut noter. Ces deux signes, circulation et œdème, que j'ai le premier signalés, dans le journal de M. Huchard, il y a plus d'un an, sont d'une grande valeur pour affirmer l'appendicite et commander l'intervention. Ce qu'il faut noter encore ici, c'est l'état de la température, exceptionnellement très élevée, contrairement à ce qu'on observe le plus souvent en pareil cas. Je crois aussi, ainsi que le dit M. Mordret, qu'une intervention plus précoce aurait eu des chances beaucoup plus grandes de succès. C'est dans ces cas, particulièrement graves, qu'il y a un intérêt capital à intervenir le plus près possible du moment où sont apparus les premiers accidents.

Obs. IV. — Enfant de quatorze ans pris subitement de coliques et vomissements. De suite une cuillerée de magnésie calcinée est administrée par les parents, qui détermine une selle abondante. La température est à 37°5. On croit à une indigestion. Mais dès le lendemain on note 39 degrés, avec un pouls très fréquent à 136, une douleur très vive au point de Mac Burney, le ventre tendu. Dès cet instant le diagnostic d'appendicite est porté, et trente-six heures environ après le début, M. le Dr Mordret intervient par l'incision latérale. La laparotomie conduit sur un appendice perforé, gangrené, en forme de petite massue, collé à la face postéro-interne du cæcum; par la perforation était sorti un calcul stercoral qui siégeait tout à côté. La guérison se fit rapide et complète; elle ne fut marquée par rien autre que par des troubles psychiques assez bizarres et qui durèrent quelques jours.

M. Mordret pense que les troubles étaient dus à une auto-intoxication septicémique, je partage volontiers son avis. Le cas, en effet, était d'une grande virulence, et très certainement l'intervention précoce, hâtive a sauvé la vie de cet enfant.

Obs. V. — Il s'agit encore d'une enfant, sept ans. Elle a des symptômes d'embarras gastrique et une douleur particulièrement vive, siégeant au niveau des *fausses côtes gauches*; véritable point de côté, avec dyspnée, et température s'élevant à 39 degrés; de sorte que l'on pense à la possibilité d'une pneumonie. Pendant trois jours, pas de douleurs abdominales proprement dites. Le troisième jour, il y a une défervescence de courte durée; le même jour, on observe 39 degrés, de la douleur dans la fosse iliaque droite, avec détente violente de la paroi, état général grave, facies abdominal. L'opération est de suite décidée et pratiquée; le péritoine est épaissi et d'aspect laiteux; fausses membranes purulentes sur les anses intestinales.

L'appendice siège dans un foyer purulent, il est lui-même perforé, il contient des calculs stercoraux; une fusée purulente remonte le long du côlon. L'appendice est réséqué après ligature. Craignant qu'il n'existât à gauche de l'abdomen un foyer secondaire, en raison des violentes douleurs observées, M. Mordret fait de ce côté une contre-

ouverture, qui donne un résultat négatif, mais qu'il utilise pour faire un grand lavage de l'abdomen avec du sérum. Drainage à la Mickulicz, guérison sans incidents.

Dans ce cas encore, M. Mordret a sagement agi en intervenant rapidement ; il a ainsi promptement mis fin à des accidents déjà inquiétants, mais qui auraient pu acquérir rapidement une très grande gravité.

Toutefois il n'était peut-être pas absolument nécessaire de faire une contre-ouverture à gauche. La douleur paradoxale à gauche est un fait bien connu dans l'appendicite, encore qu'il soit resté inexpliqué. Routier tout d'abord, d'autres et moi-même en avons rapporté des exemples.

Tels sont les cinq faits qu'a observés M. le Dr Mordret (du Mans). Ce chirurgien a montré dans ces cinq circonstances un grand sens clinique; et sa décision thérapeutique, jointe à une intervention habile, lui a valu les excellents résultats qu'il a obtenus et dont je suis heureux de le féliciter.

Il me reste à examiner très rapidement quelques-unes des réflexions que ces faits inspirent à l'auteur du mémoire qui les relate. Rien de particulier à signaler au point de vue clinique ; M. Mordret insiste sur l'importance de la localisation des douleurs, l'aspect de la face, et surtout l'état du pouls et de la température, la valeur de leur dissociation ; inutile d'insister. Il se demande aussi si la situation de l'appendice n'a pas une certaine importance pour la gravité de l'évolution, la situation postérieure lui paraissant plus favorable à l'enkystement que la situation antérieure. Il est certain que, toutes choses égales d'ailleurs, les situations pelviennes et méso-cœliaques sont plus défavorables que les situations iliaques proprement dites, et surtout l'iliaque postérieure; mais cela doit passer au second plan, et, au point de vue de la gravité des cas, ce qui prime tout, c'est le degré de virulence des microorganismes.

Sans entrer dans la pathogénie proprement dite, M. Mordret fait remarquer combien l'appendicite est devenue fréquente, et il se demande si les erreurs de jadis cachaient vraiment autant d'appendicites que nous en observons aujourd'hui ; il en doute, sans cependant s'expliquer sur la raison de cette plus grande fréquence ; car la plupart des causes qui ont été invoquées, en particulier l'usage de la vaisselle émaillée, ne lui paraissent, à juste titre, pas sérieuses. Pour mon compte, je ne crois pas que l'affection soit réellement plus fréquente ; mais je pense que notre sens clinique s'affine de plus en plus sur ce point et que nous la dépistons et plus souvent et plus vite.

M. Mordret se demande enfin si l'affection, sans être absolument spéciale aux classes riches ou aisées, n'est pas dans ces classes beaucoup plus fréquente que dans les classes pauvres ; il fait remarquer que sur près de 2,500 visites faites en cinq ans à des malades pauvres, il n'a pas observé un seul cas d'appendicite. Cela montre qu'il ne faut attacher aux statistiques et aux chiffres qu'une valeur relative ; car le relevé de nos hôpitaux parisiens conduirait à des conclusions toutes différentes, si j'en juge par ce que j'ai observé personnellement, soit à l'hôpital des Enfants-Malades pendant une suppléance de six mois, soit dans différents hôpitaux d'adultes.

Enfin, M. Mordret, en terminant, se prononce nettement pour l'intervention précoce dans tous les cas où l'affection, dès son début, se manifeste avec une réelle intensité, et il exprime le regret de n'être pas intervenu plus tôt chez la malade qu'il a vue succomber malgré l'opération. L'expectation peut se soutenir dans les cas où il y a déjà eu de petites atteintes antérieures.

Dans ces cas, on peut compter, tout en se tenant prêt à intervenir, sur la résolution, et attendre, pour opérer, que le refroidissement soit complet.

Cette manière de voir de M. Mordret est textuellement celle de tous les chirurgiens que notre collègue Chaput a appelés, sur ce terrain, des radicaux, et parmi lesquels il m'a personnellement rangé ; c'est dire que j'approuve en tous points non seulement la conduite qu'a tenue M. Mordret dans les cinq cas qu'il a soumis à notre appréciation, mais encore l'opinion à laquelle il se rallie, de la nécessité d'intervenir dans l'appendicite aiguë toujours, et le plus tôt possible.

Je vous propose, Messieurs, comme conclusion à ce rapport, d'adresser à M. le D[r] Mordret fils (du Mans), nos remerciements pour son travail très intéressant, de déposer son mémoire dans nos archives et d'en garder enfin un fidèle et bon souvenir pour le jour où M. Mordret sera candidat à la place de membre correspondant national.

Observation.

Fracture compliquée de l'avant-bras. — Septicémie de microbes variés. — Tétanos. — Mort (Injection intra cérébrale de sérum antitétanique),

par M. le D[r] NIMIER.

X..., vingt et un ans, soldat au 2[e] cuirassiers, le 21 janvier 1899 tombe avec son cheval au cours d'un exercice en campagne et se fait une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit.

Un pansement improvisé compressif arrête l'hémorrhagie ; à l'infirmerie, on place un premier pansement, et le lendemain matin la blessure est désinfectée après chloroformisation.

Il existe une tuméfaction mollasse de la main, de l'avant-bras et de la moitié inférieure du bras. La main est fortement déjetée en dehors et en arrière; sur la face antérieure du poignet, deux centimètres au-dessus du pli articulaire, une plaie transversale laisse saillir l'extrémité du fragment supérieur du radius en dedans duquel sont rejetés les tendons et les vaisseaux radiaux. Après débridement, lotions profondes au sublimé et au chlorure de zinc, la fracture est réduite.

Le cubitus, de son côté, est brisé à 6 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde qui, elle, est arrachée ; ces foyers de fracture sont fermés.

Le pansement est laissé trois jours en place, et le 31 janvier, en raison des douleurs accusées et de l'élévation de la température, 38°,4, il est levé. On constate un œdème mou de tout le membre, avec plaques rouges, douloureuses à la pression. La plaie du poignet est grisâtre et la pression en chasse une petite quantité de sanie, une incision dorsale à son niveau permet le passage d'un drain. Une seconde incision sur la face antérieure de l'avant-bras à sa partie moyenne, puis une troisième sur la face antéro-interne du bras au-dessus du coude, ne laissent écouler que du sang. Bain au sublimé puis pansement humide au sublimé ; injection de 800 grammes de sérum artificiel. Temp. soir, 39°,6.

1er *février*. — Temp. matin, 38°,3 ; soir, 39°,5. Même traitement. Une autre incision à la partie moyenne de l'avant-bras permet le passage d'un drain entre les deux couches musculaires.

2 *février*. — Temp. matin, 38 degrés ; soir, 39°,4.

3 *février*. — Temp. matin, 37°,9 ; soir, 38°,7.

4 *février*. — Temp. matin, 38°,1 ; soir, 39°,5. Même traitement, état stationnaire, puis, le 4, éruption scarlatiniforme septicémique ou sublimée (?) Une nouvelle incision à la face postéro-externe du bras au-dessus du coude donne issue à du sang.

5 *février*. — Temp. matin, 37°,8 ; soir, 38°,5.

6 *février*. — Temp. matin, 37°,4 ; soir, 39 degrés.

7 *février*. — Temp. matin, 37°,7 ; soir, 39°,1.

8 *février*. — Temp. matin, 38 degrés. La nuit a été mauvaise, le malade se plaint de ne pouvoir ouvrir la bouche, et par l'interrogatoire on lui fait dire que depuis deux jours il a commencé à éprouver cette gêne. Nous sommes au onzième jour de l'accident.

L'écartement des dents permet le passage du pouce, et la contracture des masséters se laisse vaincre en partie ; pas de gêne pour la déglutition des liquides, cependant la salive n'est avalée qu'avec un certain effort ; pas de raideur de la nuque. Rien du côté du membre, sauf quelques secousses ressenties par le blessé et la fétidité du liquide fourni en petite quantité par les plaies.

Après une injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de sérum antitétanique, M. Borel et moi nous injectons, à midi, 2 centimètres cubes de sérum antitétanique dans chacun des lobes frontaux après

anesthésie superficielle à l'éther du malade, qui se réveille au cours de l'intervention et déclare ne rien sentir.

Depuis le matin, le trismus s'était accentué, la parole était devenue quelque peu gênée, le malade se mordait la langue.

A 5 heures du soir, nouvelle injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de sérum antitétanique. Pouls 120; temp. 39°,3; R., 20 degrés. Injection de sérum artificiel. Lait. Même pansement et bains antiseptiques, attouchement des plaies à la teinture d'iode.

9 *février*. — Temp. matin, 38°,2. Pouls 120. Le trismus s'est accentué, les dents sont serrées, le malade peut à peine les écarter et, lorsque l'on cherche à vaincre la contracture, on y arrive quelque peu en provoquant une douleur qui s'irradie dans le bras. La déglutition des liquides est assez pénible en raison d'une sensation au niveau de la gorge, de gêne, de constriction. Le malade est énervé, mais *aucun nouveau symptôme de tétanos*. Temp. soir, 38°,9.

10 *février*. — Nuit mauvaise; lancées douloureuses dans le bras sans localisation spéciale, qui furent calmées par une injection de 2 centigrammes de morphine et 4 grammes de chloral.

Temp. matin, 38°,5. Pouls, 114. R., 18. Le malade écarte les mâchoires suffisamment pour permettre le passage du petit doigt, la déglutition des liquides est plus facile. Même traitement : pansements et bains antiseptiques, injection de sérum artificiel, lait; une incision sur la face dorsale pseudo-fluctuante de la main, toujours écoulement très modéré de sérosité sanieuse.

Temp. soir, 40°,2. Pouls, 120. R., 18. L'état général fléchit, pas d'albumine dans l'urine.

L'examen bactériologique du liquide des plaies a montré la présence de microorganismes aérobies et anaérobies en quantité considérable et d'espèces très diverses, avec prédominance du staphylocoque. On constate la présence de bacilles de Nicolaïer et l'inoculation confirme cette donnée.

11 *février*. — Temp. matin, 39 degrés. On installe une pulvérisation phéniquée permanente sur le membre blessé, et le soir temp. 36°,8 avec urines noires. Même état du trismus.

12 *février*. — Temp. matin, 40°,2. Pouls, 125. L'état général paraît en outre contre-indiquer la prolongation des tentatives de conservation du membre, et malgré l'amélioration du trismus, le bras est amputé au niveau de la pointe du deltoïde.

Le membre est doublé de volume ; le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est imbibé d'une sérosité à peine louche qui coule sur leurs tranches ; les muscles, recouverts d'un enduit grisâtre, font hernie à travers les incisions de la peau ; leur coupe est d'un rouge sale, et cette teinte se retrouve quelque peu au niveau du moignon. Ici, la moelle de l'humérus noirâtre fait hernie. Il existe un petit foyer purulent près d'un drain à l'avant-bras ; le foyer de la fracture radiale est imbibé de sanie purulente.

L'opéré a bien supporté l'intervention. Temp. soir, 39°,1.

13 *février*. — Temp. matin, 39°,3 ; soir, 39°,7 ; pouls, 110.

14 *février*. — Temp. matin, 39°,4 ; soir, 39°,7 ; pouls, 125. Malgré la pulvérisation phéniquée, le moignon a pris une teinte grisâtre.

15 *février*. — Temp. matin, 39°,8. R., 49 degrés. On fait, en désespoir de cause, une injection de sérum de Marmorek en sus de l'injection quotidienne de sérum artificiel. Le trismus est peu prononcé.

Vers les 4 heures de l'après-midi, on note que la température marque 40°,7 et à 5 heures le malade meurt brusquement au milieu d'une crise de suffocation avec cyanose de la face.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre, en putréfaction très avancée, est chaud à la main, et distendu par les gaz. Une ponction dans le cœur, mis à nu, ne donne issue qu'à des gaz ; la veine fémorale elle aussi est à peu près vide de sang.

Dans le lobe droit du cerveau, la ponction siège à 5 centimètres en arrière de la pointe et à 3 centimètres de la ligne médiane, les coupes n'en décèlent aucune trace, mais il existe entre la dure-mère et la pie-mère une plaque de méningite, ovale, mesurant environ 2 centimètres, c'est une couenne jaunâtre peu épaisse et nettement limitée.

Dans le lobe gauche, il n'existe aucune trace de la pénétration de l'aiguille dans les membranes, mais des coupes verticales antéro-postérieures font découvrir de dedans en dehors, en plein centre ovale, un petit foyer hémorragique de forme triangulaire, assez analogue à une piqûre de sangsue, de 1 centimètre carré environ, très étroit dans le sens transversal et surmonté par un fin trajet qui remonte jusqu'à la surface de l'écorce. Il a à peu près la grosseur et les dimensions d'un noyau de datte. Au pourtour, le tissu cérébral paraît sain. (L'injection dans le lobe gauche a été faite la première.)

Après avoir suivi avec un soin tout particulier ce malade, je me crois en droit de conclure, avec M. Borel et mon collègue M. Vaillant, que chez lui les injections simultanées intra-cérébrale et sous-cutanée de sérum antitétanique, pratiquées dès l'apparition des premiers symptômes du tétanos, en ont enrayé le développement. Mon blessé a succombé par suite d'une septicémie de microbes variés aérobies et anaérobies.

Présentations de malades.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Issue d'un mètre cinquante d'intestin grêle. Perforations multiples de l'anse herniée. Guérison.

MM. Paul Reynier et Thierry. — Messieurs, je viens vous présenter, au nom de M. Thierry et au mien, un malade qui est un exemple remarquable de la tolérance de certains péritoines. Je vous lis en entier l'observation qui m'a été remise par mon interne M. Bonnelle.

Il s'agit d'un homme jeune, de vingt-deux ans, employé, qui, le 8 janvier, vers 8 h. 1/2 du soir, fut frappé de plusieurs coups de couteau dans la région dorsale et lombaire.

Inconscient de ses blessures, il put se transporter lui-même à 100 mètres de là dans une demeure voisine. Il ne s'aperçut que là de la gravité de sa blessure, en sentant, sous ses vêtements, les anses intestinales. Il s'étendit et attendit qu'on vînt le prendre. Il entre à l'hôpital vers 11 h. 1/2 seulement, soit trois heures après l'accident.

Examen. — Le blessé, parfaitement lucide, donne lui-même des détails sur l'attentat.

Facies bon; pouls bien frappé. Pas de douleur. Une légère oppression.

Au niveau du dos et de la région lombaire, la chemise est perforée et déchirée en plusieurs endroits.

On constate, au niveau de la région lombaire gauche, une plaie verticale de 10 à 12 centimètres de long, s'étendant presque du rebord costal à la crête iliaque.

Par la plaie, sort 1 mètre à 1m1/2 d'intestin grêle.

Le viscère est rouge, congestionné, souillé de terre et de fragments d'étoffe.

Examiné de plus près, on constate : 5 perforations, 2 hémisections presque complètes, 3 perforations simples; irrégulièrement placées.

Aucune des plaies, n'est symétriquement placée par rapport à une autre sur le même morceau d'intestin.

Intervention, à minuit et demi (M. Thierry). Large nettoyage de la plaie et de l'intestin à l'eau bouillie chaude. Sutures de chaque perforation péritonéale (sutures de Lembert). Lavage à l'eau bouillie. Réduction de l'intestin. Sutures. Drainage, avec une mèche de gaze stérilisée. Pansement iodoformé. Opium, 10 centigrammes. Glace. Diète absolue.

Le lendemain 10, l'état général est mauvais, pouls rapide, 120 pulsations, facies grippé, battement des ailes du nez, bouche sèche. *Soif vive.* Température rectale, 39 degrés. Dyspnée. Ballonnement du ventre. Quelques nausées. Cet état persiste pendant les jours suivants, 12, 13.

Le 14, la température descend au-dessous de 38 degrés.

Le facies s'améliore, le pouls est plein, bien frappé, 90 pulsations. Pour la première fois, le malade émet des gaz en assez grande abondance. Le soir, à la contre-visite, le blessé lit son journal en fumant une cigarette; il demande à manger.

Premier pansement. Ablation de la mèche, il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente, pas de pus, *pansement à plat.*

Le malade absorbe 10 centigrammes d'opium par jour et ne reçoit à l'intérieur que du champagne glacé donné à doses faibles (cuillerées à café d'heure en heure).

Les jours suivants, l'état s'améliore de plus en plus. Le 10e jour, on alimente le malade avec du potage (deux assiettées).

Le 11e jour, potage et œufs.

Le 14e jour, alimentation régulière, selles régulières.

Pansement. La plaie est complètement réunie.

Départ pour Vincennes. Guérison complète, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte.

Je peux encore rapprocher de ce cas celui de cette femme qui, en 1889, était venue me trouver à l'hôpital d'Ivry apportant dans son tablier relevé tout son paquet d'anses intestinales, qui brusquement avait fait issue à la suite d'une rupture de cicatrice d'une ancienne laparotomie. Après nettoyage de ces anses intestinales, lavage à l'eau boriquée, nous rentrâmes le tout, avec drainage, et la malade guérit sans accidents.

Ces guérisons montrent combien, dans nos interventions sur le péritoine, quand nous réussissons, nous sommes aidés par la tolérance remarquable de certains péritoines réfractaires à la péritonite.

M. Bazy. — Je rappellerai ici le cas d'un malade opéré par notre collègue Faure dans mon service. Il avait reçu un coup de couteau à dix heures du soir et ne s'en était aperçu qu'à quatre heures du matin ; il n'avait pas moins de 2 mètres d'intestin hors de l'abdomen ; malgré la perforation, il a guéri.

M. Tuffier. — Je crois que la tolérance du péritoine dans ces cas est surtout en rapport avec le peu de temps écoulé entre l'accident et l'intervention. Ce laps de temps ne fut que de trois heures chez le malade de Reynier.

Je pourrais citer ici le cas qui a été observé par mes deux internes à la Pitié. Une femme enceinte avait reçu un coup de revolver ; on lui fit la laparotomie deux heures après l'accident, et, bien qu'elle eût huit perforations de l'intestin, et que la balle eût été se loger jusque dans le psoas, elle a guéri.

Je crois que le peu de temps écoulé joue ici un grand rôle et que la rapidité de l'intervention est pour beaucoup dans le succès opératoire.

M. Pozzi. — Ces faits sont relativement fréquents. Spencer Wels cite un certain nombre d'éventrations par coups de sabre observées pendant la guerre d'Orient, qu'il avait vu guérir, et il en concluait que le péritoine est plus tolérant qu'on ne le croit. Dans l'*American journal* de Munday, on cite un grand nombre de blessures de l'abdomen par coups de corne observés sur des habitants de la campagne, qui ont guéri sans qu'on ait pris des précautions d'asepsie.

Nous avons tous vu des cas d'éventration par suite de la rupture d'une cicatrice récente de laparotomie ; pour ma part, j'en ai observé un cas chez une malade à qui j'ai pratiqué pour la

deuxième fois la laparotomie; j'ai réduit les intestins et refermé l'abdomen dix heures après; elle a guéri.

La large ouverture du péritoine est moins grave qu'on ne pourrait le croire.

M. Paul Reynier. — Il est en effet présumable que si M. Thierry, au lieu de rentrer trois heures après l'accident les anses perforées et souillées, n'était intervenu que plus tardivement, le malade aurait eu des accidents encore plus graves et se serait tiré d'affaire encore plus difficilement; mais rien ne prouve qu'il ne s'en serait pas tiré. Si, comme le fait remarquer M. Tuffier, le temps écoulé entre le traumatisme et l'intervention a une grande importance, en présence de ce malade on doit surtout, pour expliquer le résultat obtenu, tenir compte de certaines particularités individuelles, encore mal connues, qui rendent le péritoine plus résistant.

Toutes les observations que mes collègues viennent de citer se rapportent à des gens jeunes, à des natures grossières, chez lesquelles le système nerveux est moins excitable que chez les gens affaiblis par du surmenage intellectuel. Si d'autre part on se rappelle que chez des malades affaiblis, des cancers inopérables, la laparotomie exploratrice la plus aseptique peut être dangereuse, on est bien obligé de reconnaître que la phagocytose, plus développée chez les gens jeunes, doit jouer surtout le principal rôle dans ces guérisons inespérées.

Epilepsie jacksonnienne. Trépanation. Guérison.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je vous présente un jeune malade, qui à la suite d'un coup sur la tête, présentait depuis l'âge de six ans des crises épileptiques. Ces crises, de l'âge de dix ans à treize ans, se répétaient plusieurs fois par jour. Elles débutaient par une sorte d'aura, partant des yeux. Le malade avait des éblouissements, puis il perdait connaissance. Le plus souvent, il ne tombait pas et restait comme hébété. C'est dans ces conditions qu'on me l'amena il y a trois ans et demi. Constatant une cicatrice sur le pariétal gauche, cicatrice qui correspondait, après examen, à la position du pli courbe, je proposai une trépanation. Cette trépanation fut faite assez largement. Je trouvai un os un peu congestionné, peut-être un peu plus épais. Mais tout cela était bien minime comme lésion, et peu nettement appréciable.

Le crâne ouvert, je sectionnai la dure-mère; les circonvolutions paraissaient normales; je refermai en réappliquant les rondelles osseuses. Celles-ci, au bout de quelque temps, jouèrent le rôle de

corps étranger, et il fallut de nouveau ouvrir la plaie pour les retirer, un mois après la première intervention.

Pendant les six mois qui suivirent cette opération, les crises diminuèrent notablement d'intensité et de fréquence. Cette diminution s'accentua et le malade n'en eut plus. Depuis deux ans et demi, il n'a plus eu aucune crise et se considère comme guéri.

Les guérisons constatées, plusieurs années écoulées après l'intervention, sont rares. Je crois donc intéressant de vous faire connaître ce cas.

Présentation de pièces.

Lipome intra-musculaire de la cuisse à marche rapide. Forme et limites de la tumeur nettement révélées par la radiographie. Extirpation. Guérison.

M. Jalaguier. — La tumeur que je vous présente, au nom de mon collègue Méry et au mien, est un lipome que j'ai opéré il y a huit jours, chez une jeune fille de trente ans.

J'ai vu pour la première fois cette jeune fille le 20 janvier dernier. Elle s'était aperçue quinze jours avant mon examen, de l'existence d'une tuméfaction assez considérable à la partie supéro-externe de la cuisse gauche; la tumeur s'était développée sans réaction, sans le moindre phénomène douloureux. Je trouvai une tumeur du volume du poing, sans modification de la peau. Cette tumeur était profonde, manifestement intra-musculaire. Ses limites étaient peu nettes et sa consistance assez ferme. Cependant, on y découvrait une fluctuation obscure. La pression n'était nullement douloureuse.

La jeune fille affirmait que la tumeur n'existait que depuis une quinzaine de jours. Elle en attribuait l'origine à une chute dans un escalier, qu'elle avait faite il y a huit ans.

Mon diagnostic fut assez indécis : je pensai cependant, étant donnée la marche rapide, à une tumeur maligne sous-aponévrotique, à un myxosarcome. A tout hasard, je conseillai le traitement spécifique, qui fut institué par Méry, et continué pendant quinze jours sans aucun résultat.

Entre temps, M. Méry avait eu l'idée de faire radiographier la cuisse par M. Radiguet. Ce sont ces radiographies que je vous présente. On constate l'intégrité absolue du fémur. On constate de plus, au niveau de la partie qui répond à la tumeur, une zone plus claire limitée par deux lignes elliptiques très nettes. Cette radiographie semblait donc montrer que le néoplasme, quelle qu'en fût la nature, était bien limité.

Je revis la malade le 17 février : la tumeur avait considérablement augmenté de volume; elle s'était étalée vers la face antérieure. De nombreuses veinosités sillonnaient la peau. La malade qui n'avait pas quitté le lit depuis trois semaines, éprouvait quelques douleurs irradiées vers le genou. La consistance était devenue si molle et la fluctuation si nette, que je me décidai à faire une ponction exploratrice. Pratiquée avec un gros trocart, cette ponction fut absolument blanche; pas même une goutte de sang ne s'écoula par la canule.

Etant donnés les renseignements fournis par la radiographie, je résolus d'intervenir. Je croyais toujours avoir affaire à un sarcome ; cependant j'avais pensé à un lipome et je n'avais écarté ce diagnostic qu'en raison du développement rapide de la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 22 février. Après avoir traversé toute l'épaisseur du muscle vaste externe, j'arrivai sur une tumeur molle, lobulaire, encapsulée, entourée d'une atmosphère cellulaire lâche. C'était un lipome que je pus, avec la plus grande facilité énucléer et faire basculer. Il adhérait par un pédicule large de deux ou trois centimètres carrés à la face profonde du muscle vaste externe. La tumeur avait 15 centimètres dans son plus grand diamètre, et 10 centimètres dans son petit diamètre.

L'examen histologique, pratiqué par M. Méry, a démontré qu'il s'agissait d'un lipome pur. La malade est aujourd'hui guérie.

Je ne vous ai présenté cette pièce que parce que c'est un exemple rare de lipome à marche rapide, parce que son origine est probablement traumatique; enfin parce que la radiographie m'a rendu les plus grands services au point de vue de la détermination précise des limites de la tumeur.

M. Nimier. — J'ai fait deux fois pratiquer l'examen radiographique et radioscopique sur des tumeurs. Dans un premier cas il s'agissait d'un sarcome du testicule qui offrit la transparence parfaite d'une hydrocèle; dans un deuxième cas il s'agissait d'un sarcome des muscles de l'avant-bras: la radiographie ne nous a rien montré.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 8 MARS 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Felizet, qui, un peu souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Un travail de M. Coromillas, de Calamata (Athènes), qui envoie une lettre sur *la dilatation manuelle des organes génitaux de la femme pendant l'accouchement, et les bons résultats qu'il en a obtenus depuis* 1894 ;

4° Une lettre de M. Hartmann qui, retenu par un cours de la Faculté de médecine, demande un congé.

A propos de la correspondance.

M. Monod présente plusieurs observations de M. Girou, d'Aurillac, qui sont renvoyées à une commission : M. Monod, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Ricard. — Notre collègue M. Monod nous a présenté une jeune fille atteinte de luxation congénitale de la hanche, qu'il avait traitée avec succès par la méthode de Lorenz.

J'ai employé ce même traitement chez trois jeunes malades.

La première a été soumise à l'appareil de Lorenz, il y a près de deux ans. Elle en a retiré une amélioration, voisine de la perfection. Mais je n'ose dire que la luxation ait été réduite. Il en est de même chez une deuxième enfant actuellement encore en traitement, chez laquelle, au moment de l'application de l'appa-

reil, je n'ai pas eu la sensation de réduction, indice de la rentrée de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Chez une troisième, au contraire, j'ai pu avec une grande netteté constater et faire constater le ressaut si spécial de la réduction, tel qu'on l'obtient après une luxation traumatique. Je pense donc que dans ce cas le résultat sera définitivement parfait. Je possède d'ailleurs la radiographie avant la mise en appareil. Lorsque je jugerai le traitement terminé, je prendrai une autre épreuve photographique que je soumettrai à la Société.

M. Kirmisson. — Je n'ai qu'un simple mot à dire. La question traitée ici est encore à l'étude. Il faut prier M. Ricard de suivre la malade pendant quelque temps.

Je n'ai jamais nié, et pour cela, on n'a qu'à se reporter au dernier Bulletin de la Société, la possibilité de la réduction, mais cette réduction est exceptionnelle. Il faudra que Ricard suive sa malade et nous verrons ce qu'elle deviendra dans deux ans.

Discussion

Sur l'appendicite (suite).

M. Lucien Picqué. — Dans la dernière séance, notre collègue, M. Quénu, a justement insisté sur les difficultés du diagnostic de l'appendicite au début. C'est là en effet une considération importante à envisager quand il s'agit d'intervenir hâtivement.

Déjà Gérard Marchant, dans son intéressante communication, avait insisté sur plusieurs causes d'erreur possibles; moi-même, dans mon travail en collaboration avec Macé (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, février 1898), j'ai montré par quelques exemples que certaines affections abdominales pouvaient affecter à leur début les allures de l'appendicite. Telle est par exemple mon observation IV d'une fillette présentant tous les signes d'une appendicite perforante. L'incision amena snr une tuberculose généralisée du péritoine qui guérit d'ailleurs très bien. Ces cas-là vous sont connus, et M. Lejars vous en a rapporté des cas intéressants dans une discussion récente.

Mais il est un ordre de faits sur lesquels nos collègues n'ont peut-être pas suffisamment insisté, et qui, dans la pratique, peuvent donner lieu aux plus grandes difficultés.

Ce sont d'abord les cas dont M. Brissaud a parlé, dans une communication récente à la Société médicale des Hôpitaux, et relatifs à des malades, qui présentent, en même temps que des symp-

tômes d'hystérie, un point douloureux dans la fosse iliaque pouvant simuler l'appendicite.

Ce sont encore, et j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas, des malades manifestement hystériques, qui présentent en même temps une appendicite légitime dont les symptômes peuvent être modifiés par leur état général.

Dans un cas observé par moi à l'hôpital Dubois, et dont l'observation a été publiée dans mon travail (obs. VIII), il s'agissait d'une femme très nerveuse, et que je n'opérai qu'après une période d'observation d'un mois. Les lésions étaient manifestes.

Il m'a été donné d'observer récemment un cas du même genre où je ne me décidai qu'après une longue attente, et où l'examen histologique fut également concluant. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, présentant tous les stigmates de l'hystérie, et qui m'avait été adressée de la province avec un diagnostic ferme d'appendicite.

Chez les deux malades, la douleur iliaque était plutôt superficielle que profonde et assez mal circonscrite.

Il résulte des données positives de l'examen histologique, que le symptôme douleur peut revêtir chez ces malades réellement atteintes de lésions appendiculaires, et sous l'influence d'un état général particulier, des caractères qui peuvent faire méconnaître son origine véritable.

Dans un troisième cas, j'ai renoncé à l'intervention ; il s'agissait également d'une jeune fille chez laquelle la douleur était si superficielle et si étendue à toute la fosse iliaque droite que je n'ai pas cru devoir la rapporter à une appendicite. D'ailleurs les crises antérieures étaient également très peu précises et le traitement hydrothérapique, que j'avais essayé en vain chez les précédentes, donna ici un résultat qui me parut décisif.

J'avoue que ce n'est pas toutefois sans quelques appréhensions que j'ai laissé partir cette malade sans pratiquer l'intervention qu'elle réclamait d'ailleurs. Je serais heureux à cette occasion de savoir si quelques-uns de nos collègues ont eu l'occasion de rencontrer des faits analogues et quelle a été leur manière de faire dans ces circonstances.

M. Bazy. — Il y a trois ans, j'ai été appelé pour voir, à Plombières, une jeune femme faisant son voyage de noces, et atteinte d'appendicite. J'étais appelé non pour voir, mais pour opérer, et opérer d'urgence.

Quand j'ai vu la malade, je n'ai pas hésité à diagnostiquer une douleur de la fosse iliaque droite, non symptomatique d'une appendicite, mais d'origine hystérique.

Pour bien affirmer mon diagnostic, je suis parti deux heures après.

Or, cette malade s'est bien portée depuis : elle a eu une grossesse qui s'est bien passée, sans incident, et elle a toujours continué à se bien porter.

M. Quénu, — C'est à cause de ces difficultés du diagnostic au début que je m'oppose à l'adoption de cette formule, qu'il faut opérer dans tous les cas.

M. Tuffier. — Il est bien entendu que nous n'opérons que des malades dont on a fait le diagnostic. Moi aussi, j'ai commis une erreur et je vais vous la rapporter.

Appelé à 10 heures du soir par deux de nos collègues, très fixés sur l'appendicite et peu interventionnistes, auprès d'un jeune homme de vingt-huit ans, chez lequel ils avaient porté le diagnostic d'appendicite hypertoxique, j'ai fait transporter le malade dans une maison de santé, et dès le lendemain matin, comme son état était très grave, il avait 41°2, le pouls très mauvais, la fosse iliaque douloureuse, j'ai opéré et j'ai trouvé, derrière le cæcum un long appendice, oblitéré il est vrai dans son milieu, mais sans aucune trace de péri-appendicite.

Voici, du reste, l'observation détaillée que m'a remise M. le Dr Maurange :

Observation. — C... (Claude), vingt-six ans, constitution puissante, n'ayant dans ses antécédents qu'une fièvre scarlatine à vingt et un ans, sans complications rénales. Depuis un mois a des troubles digestifs, langue sale, alternatives de diarrhée et de constipation.

Samedi 19 novembre, est pris à 2 heures du matin, en rentrant du théâtre, d'un gros frisson avec claquement des dents. Il se réchauffe difficilement, reste au lit toute la journée, et vers 5 heures du soir est repris d'un nouveau frisson. Le lendemain dimanche il y a de l'amélioration assez marquée pour lui permettre de déjeuner et même de sortir. Il rentre vers 4 heures avec un frisson moins intense que la veille. Le lundi 21, la journée se passe avec quelques malaises. C... n'est pas allé à la garde-robe depuis vendredi matin. Il prend deux verres d'eau de Rubinat le mardi matin et n'obtient qu'une selle insignifiante. Le soir, gros frisson prolongé qui le décide à faire appeler un médecin. Celui-ci constate, à 7 heures et demie du soir, 39°8 de température, 120 pulsations, de l'agitation sans délire; il diagnostique embarras gastrique fébrile, prescrit 3 grammes d'antipyrine et une potion bromurée. La nuit est passable. Le mercredi matin, la température est tombée à 37°9. De lui-même, sentant un peu d'embarras intestinal, le malade prend un lavement sans résultat. Le soir, il est encore repris

d'un frisson moins accentué que la veille. C''est à ce moment que je suis appelé.

A mon arrivée (8 heures et demie du soir), il vient d'avoir un vomissement, et depuis il se plaint d'une violente douleur au creux épigastrique s'irradiant vers l'hypocondre gauche. T. 38°7 P. 80, régulier et plein. Ventre souple et plat. Rien dans la fosse illiaque droite explorée avec soin. Rien à l'estomac. Cœur, poumons, foie, rate, tous les viscères sont normaux. La langue est un peu sèche. L'urine est rare et colorée. Il n'y a pas eu d'émission de gaz par l'anus, le facies n'est pas altéré. Il n'y a pas de céphalée.

La douleur épigastrique n'est pas calmée par une piqûre de morphine. Elle devient au contraire angoissante. Une nouvelle piqûre est faite deux heures après, vers minuit. Le thermomètre marque 38°9. Le pouls est à 84. Hoquet. La douleur s'atténue, une diète absolue, proscrivant même les liquides, est instituée.

De minuit à 8 heures du matin, le hoquet a été incessant. Il y a eu des vomissements très abondants, bilieux d'abord, puis verdâtres, porracés. A huit heures du matin, un frisson violent s'est produit. A neuf heures, il y a 39°7 de température. P. 104, toujours pas de céphalalgie. Le ventre est dans le même état que la veille. Nulle part il n'y a de douleurs à la pression. Néanmoins, devant l'absence d'émission de gaz, à cause du hoquet et des vomissements, on fait une nouvelle piqûre et on applique de larges vessies de glace sur le ventre.

Je revois le malade à 3 heures de l'après-midi. Le hoquet a persisté. Il n'y a eu que deux petits vomissements, le dernier plutôt bilieux. Mais la température s'est élevée sensiblement, elle atteint 40°9. P. 112, le ventre s'est légèrement ballonné, les autres viscères sont toujours intacts.

Dans ces conditions, je pense à une infection intestinale suraiguë probablement d'origine appendiculaire, et je demande l'avis d'un chirurgien. Le Dr Ch. Monod, appelé d'urgence à 4 heures de l'après-midi, déclare après un examen minutieux du malade qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, que rien ne démontre que l'appendice soit en cause, qu'il s'agit là probablement d'une infection générale dont la localisation est à attendre. Comme conclusion, il conseille d'en appeler à un de ses collègues de médecine.

A 8 heures et demie du soir, les phénomènes ne sont aggravés, le pouls est demeuré régulier, mais il bat à 140. La température atteint 41°2 sous l'aisselle. La parole est brève; le malade est secoué toutes les deux ou trois minutes par une toux bruyante, sorte de convulsion du diaphragme ; il est violemment agité, inquiet, peu conscient, mais non délirant. Vers 9 heures et demie, il y a évacuation involontaire d'une selle liquide, d'odeur infecte. Le masque est immobile, mais point grippé. Sur ces entrefaites, à 10 heures du soir, arrive le Dr Letulle, qui constate à nouveau l'intégrité de tous les viscères, moins l'abdomen, qu'il trouve légèrement ballonné. A la palpation profonde dans la fosse iliaque droite, le cæcum est senti dilaté, et il y a du clapotement. Cette palpation est douloureuse, ainsi que semble le témoigner la

défense de la paroi et du malade. Cette localisation des anamnestiques (troubles digestifs antérieurs, vomissements, hoquet), la rapide ascension de la courbe thermométrique paraissent constituer pour M. Letulle et pour moi-même un ensemble symptomatique suffisant à légitimer le diagnostic d'*appendicite aiguë à forme septicémique hyperthermique*, et à réclamer comme conséquence l'intervention urgente du chirurgien.

Le transport du malade dans une maison de santé est effectué la nuit même, avec les précautions d'usage, et, sur la demande de la famille, M. Tuffier est appelé. Le vendredi 25, vers 7 heures du matin, deux évacuations alvines très abondantes, d'odeur infecte, se produisent à peu d'intervalle; la température fléchit brusquement (37°8), mais le hoquet persiste et deux vomissements verts, abondants, se produisent. A 8 heures, M. Tuffier procède, sous l'éthérisation, à la laparotomie. Voici la note qu'il nous a dictée à l'issue de l'opération :

A l'incision de la fosse iliaque droite, nous trouvons le gros intestin très distendu qui vient faire hernie dans la plaie. Les anses intestinales ne sont pas aussi rouges que dans les cas de péritonite. Il y a, dans l'angle rétro-cæcal, des ganglions volumineux et nombreux. L'appendice est difficile à trouver; il est accolé à la face postérieure du cæcum, sous forme d'un cordon, tellement mince et blanc, que nous ne l'avons pas reconnu tout d'abord. Il a environ 10 centimètres de longueur. Résection de ce cordon.

Du côté de l'estomac, de la fosse iliaque gauche, l'exploration avec des mèches profondément conduites ne révèle l'existence d'aucune collection anormale. La paroi est suturée : une mèche est laissée dans l'angle inférieur de la plaie. Le réveil a lieu régulièrement.

L'appendice est ouvert séance tenante : il est trouvé oblitéré au milieu. La pièce est, sur-le-champ, portée à M. le Dr Letulle, qui veut bien l'examiner.

Dès le réveil, tous les réflexes abdominaux, toux, hoquet, vomissements, disparaissent pour ne plus revenir. T. 37°3. P. 90, un peu faible; 25 centigrammes de caféine. La nuit est agitée, 2 litres d'urine. Pas d'albumine.

Samedi 26. — T. le matin, 37°4. P. 100. A 2 heures de l'après-midi, la mèche intra-péritonéale est enlevée. A ce moment, il se produit un frisson violent, précédé d'une période d'excitation très grande. T. 39°8. Délire violent à forme érotique, jusque vers 10 heures du soir. On lui a injecté 1 gramme de quinine en 2 piqûres. La température s'abaisse à ce moment à 38°7. La nuit est assez calme.

Dimanche 27. — T. 37°4 le matin. P. 90. Vers 4 heures, T. 38°,5. 50 centigrammes de quinine en injections. Le Dr Letulle procède à un examen complet du malade. Tous les viscères sont reconnus intacts. La rate, le foie ont leurs dimensions normales. Il n'y a pas de ballonnement, pas de céphalée. Le pouls est plein et régulier.

Lundi 28. — Malgré 1 gramme de quinine, la température s'élève le soir à 39°3. Le matin, on a ensemencé du sang sur différents milieux de culture. Les tubes sont portés au laboratoire de M. Letulle et mis à l'étuve.

Mardi 29. — Le soir, nouvel examen du malade par M. Letulle. Il y a

peut-être un peu d'augmentation de la matité hépatique. Le pouls est toujours bon, peut-être un peu vibrant, et bat régulièrement à 92°. T. à 8 heures du soir : 39°7. La quantité d'urine égale 1.800 grammes à 2 litres par 24 heures. On note l'apparition de l'albumine. L'analyse des urines faites par M. Berlioz donne 0 gr. 20 d'albumine par litre, révèle une notable azoturie (31 gr. 25 d'urée par litre) et un grand excès d'acide urique (0 gr. 945 par litre). Au contraire, les proportions de l'acide phosphorique (0 gr. 73) et des chlorures (1 gr. 43) sont notablement abaissées. Enfin, le sédiment renferme beaucoup d'urate de soude. Le malade a été purgé avec succès.

Le 1er *décembre*, ouverture spontanée d'une collection purulente par l'angle inférieur de la plaie ; en faisant le pansement, on fait sortir environ deux cuillerées d'un pus crémeux. M. Tuffier pense que ce pus est d'origine sous-pariétale et non rétro-cæcale comme pouvait le faire penser la direction verticale prise par le drain que l'on place dans le tracé. Il y a un léger fléchissement de la courbe qui, le matin, atteignait 39°2 et qui, à 2 h. 1/2, descend à 38°5. Mais cet abaissement est temporaire, et le soir il y a retour à 39 degrés.

Vendredi 2 *décembre*. — Nouvelle consultation avec le Dr Letulle. A la suite d'un examen qui reste complètement négatif, il est décidé qu'il sera procédé à l'examen du sang et à l'épreuve de Widal. Les cultures n'ont rien donné.

Samedi 3. — Examen du sang par M. Rosenthal, interne de M. le professeur Hayem. Trois préparations. Sang pur. Oc. I. Obj. 7. Les hématies se rangent par piles normales. Très peu d'augmentation des globules blancs. Après cinq minutes, pas de réticulum fibrineux. Après vingt minutes, *pas de réticulum fibrineux*. Ce résultat cadrerait avec le diagnostic de dothiénentérie.

La réaction de Widal donne le lendemain une réponse positive. Il s'agit donc d'une dothiénentérie dont le caractère est de ne se révéler par *aucun* des signes cliniques de l'infection éberthienne.

Le traitement est institué en conséquence : il comprend le lavage régulier biquotidien de l'intestin avec de l'eau bouillie boratée, une antisepsie rigoureuse de la bouche, la diète lactée.

Les plus hautes températures, depuis la veille de l'opération, sont atteintes le 2 et le 3 décembre (40°2, 40°5). A partir de ce moment, la courbe décroît brusquement. Il y a peu ou point de diarrhée. L'état subjectif et objectif du malade ne laisse rien à désirer.

Le 5, nouvel examen du sang par M. Rosenthal, qui confirme le précédent : un seul fait à noter est l'abondance des hématoblastes, indice hématologique de la convalescence. L'épreuve de Widal est toujours positive.

Le 10, nouvel examen par M. Rosenthal. Voici le texte de sa note :

N	=	5.015.000
R	=	2.418.000
G	=	0,48
Blancs	=	17.000

Le chiffre des globules blancs est relativement élevé; mais la proportion ne s'abaisse pas sensiblement au-dessous de 1 p. 300.

Epreuve de Widal faite parallèlement avec deux échantillons d'Eberth. Une goutte de sang a été ajoutée à 10, 30, 50, 80 gouttes de cultures. Au 10e, résultat positif. Au 30e également. Le mélange à 1/80, examiné au bout de vingt minutes, donne un résultat positif.

Sang pur. — Après cinq minutes, on constate que les hématies non altérées se rangent en piles normales et circonscrivent des espaces plasmatiques où apparaissent des globules blancs peu nombreux. Après une demi-heure, *pas de réticulum fibrineux* (ce qui confirme le premier examen), même sur une préparation faite épaisse pour le déceler.

Sang sec. — Aucune altération des globules blancs et des globules rouges. Poussée considérable d'hématoblastes indiquant la convalescence.

A partir du 10 décembre, la convalescence se poursuit régulièrement. Elle n'est entravée que par la formation d'une poche purulente par rétention dans l'angle inférieur et latéral droit de l'incision, ce qui occasionne l'élévation de la courbe du 16 au 24 décembre. Cette collection est débridée et évacuée le 22 décembre par M. Tuffier. On y découvre, flottante, la soie qui a servi à la suture de la paroi. La cicatrisation s'achève rapidement : elle est complète le 15 janvier. Le malade a commencé à s'alimenter depuis le 26 décembre. Il peut être considéré actuellement comme absolument guéri (15 janvier).

M. Quénu. — Je trouve qu'il n'est pas besoin d'invoquer cette ancienne appendicite pour expliquer la douleur de la fosse iliaque, qui est classique dans la fièvre typhoïde.

Je suis étonné que M. Tuffier, si radical pour l'intervention, l'ait remise au lendemain.

M. Bazy. — Je veux faire une simple observation. Ceux de nos collègues qui nous ont parlé de la nécessité d'opérer de bonne heure se sont basés pour affirmer cette nécessité sur l'existence et la sortie après l'incision du péritoine, d'un liquide louche, libre dans la cavité péritonéale, preuve, disent-ils, de la septicité de l'affection. Or, on ne prouve pas que ce liquide soit septique ; on ne donne pas de preuves bactériologiques, ni de preuves expérimentales.

Il y a quelques jours, j'opérais à froid un malade atteint d'appendicite à sa deuxième attaque.

Or, à peine l'incision dn péritoine faite, il s'est écoulé du liquide louche libre, de la cavité péritonéale.

J'ai ensuite écarté l'épiploon, et ai trouvé un abcès à streptocoques; j'ai ensuite enlevé l'appendice qui était très adhérent au cæcum et à la fosse iliaque.

Je fais cette remarque non pour dire qu'il ne faut pas inter-

venir aussitôt que les indications sont posées, le plus tôt possible, mais pour dire que l'existence d'un liquide louche dans le péritoine ne peut suffire à elle seule à justifier l'intervention. Les autres signes sont plus importants et constituent des indications plus sérieuses et des preuves plus convaincantes de la gravité de l'infection et de la nécessité d'une intervention précoce.

M. Hartmann. — Comme j'ai été de ceux qu'on a visés dans la dernière séance, il me semble qu'il faut établir nettement la question. M. Quénu a eu l'air de supposer qu'il nous suffisait pour intervenir, d'avoir affaire à un état un peu particulier avec une douleur dans la fosse iliaque. Je n'admets l'intervention que pour un diagnostic bien posé : le point douloureux avec tension de la paroi abdominale, la température, l'état du pouls.

Nous nous rapprochons beaucoup en pratique. On a parlé des signes de la péritonite ultra septique, nous ne savons jamais si elle se déclarera ou non.

Quant aux cas d'hystérie simulant l'appendicite, j'en ai vu un cas et je ne l'ai pas opéré.

Jai été mandé d'urgence auprès d'une petite fille soupçonnée d'appendicite, quand j'arrivai auprès d'elle, elle avait de la température, de la fièvre, mais avec cela un très bon état général. J'attendis trois jours. Je pus constater que c'était une hystérique menteuse qui nous trompait, et je partis sans l'opérer.

M. Quénu. — Nous nous avançons beaucoup les uns vers les autres. Si déjà on m'accorde qu'il y a de la difficulté à faire le diagnostic au début, et s'il faut, pour se décider à opérer, qu'il y ait de la tension musculaire, un pouls rapide et de la température, nous sommes tous interventionnistes.

M. Kirmisson. — J'ai été étonné de voir indiquer par M. Tuffier, comme signe d'une forme hypertoxique, le chiffre de 40°5 pour la température. J'ai été frappé, pour ma part, dans tous les cas que j'ai vus, de voir la température monter à peine à 38 degrés, avec une tranquillité dans les symptômes qui était de nature à donner le change.

M. Tuffier. — M. Kirmisson prêche un converti ; je sais que, dans les formes hypertoxiques, on a la température basse avec le pouls très rapide.

M. Monod. — Si j'avais pris la parole dans cette discussion, ç'aurait été pour insister sur la difficulté du diagnostic dans certaines formes d'appendicite aiguë dès les premières heures,

sur le danger possible, par conséquent, des interventions très hâtives. J'aurais précisément apporté, à l'appui de mon dire, l'histoire du malade dont vient de vous parler M. Tuffier. Ce malade, je l'avais vu quelques heures avant M. Tuffier, à 3 heures de l'après-midi. Je ne fus pas en état de faire un diagnostic ferme, mais j'affirmai du moins qu'il s'agissait d'un cas médical, et déconseillai toute intervention.

Après mon départ, l'état du malade s'aggrava, la température, déjà très élevée, monta encore. Son médecin, mon confrère et ami le Dr Maurange, fit alors appel à un de nos collègues, médecin des hôpitaux, qui n'hésita pas à affirmer le diagnostic d'appendicite et à demander une intervention immédiate.

Ce fut dans ces conditions que l'on eut recours, au milieu de la nuit, à M. Tuffier, qui opéra.

M. Tuffier vous a dit la suite. L'appendice était sain, et l'on reconnut plus tard qu'il s'agissait là d'une fièvre typhoïde.

Il m'a semblé qu'il était intéressant d'ajouter cette note à l'observation de M. Tuffier.

M. Peyrot. — J'ai fait le relevé des cas d'appendicite que j'ai traités chirurgicalement dans ma clientèle privée ou suivis à l'hôpital Lariboisière. Ils sont au nombre de 102, portant sur 71 hommes et 31 femmes. Laissons de côté 26 opérations faites à froid. Nous sommes d'accord sur l'innocuité de cette intervention. Je manquerais pourtant de sincérité si je n'avouais pas que par une malchance inouïe, j'ai eu un cas de mort dans cette série; mais il s'est produit dans des circonstances tout à fait extraordinaires, accidentelles et qui n'ont aucune chance de se reproduire.

Restent 76 malades opérés au cours d'une appendicite aiguë. Combien pensez-vous que nous ayons, sur ce nombre, trouvé de péritonites généralisées? Près du tiers, soit 23, sur lesquelles nous avons eu le bonheur d'enregistrer 3 guérisons.

Je vous prie, messieurs, de vous arrêter un moment à ce chiffre. 23 péritonites généralisées pour 102 malades?

N'est-ce pas effrayant? Supposons, si vous le voulez, que les médecins qui nous ont envoyé ces malades aient pendant le même temps soigné et guéri 20, 40, 50 appendicites par l'expectation simple et le traitement médical usuel, il n'en reste pas moins un pourcentage redoutable et vous m'accorderez que tout individu au moment où il est pris des premiers symptômes de l'appendicite se classe dans une catégorie de malades chez lesquels nous pouvons prévoir en bloc une mortalité de 15 p. 100, peut-être plus. Poursuivons le raisonnement *a priori*. Si l'on pratiquait sans distinction des cas dès la première atteinte chez

tous ces malades, l'ablation de l'appendice, si l'on répondait du tac au tac à la première provocation de l'appendicite, quelle serait la mortalité des opérés? Elle serait à peu près nulle, bien certainement.

Dans les premières heures, dans la première journée de la maladie, on trouverait des lésions ébauchées qui permettraient d'opérer pour ainsi dire à froid. Il y aurait quelques exceptions sans doute, puisque nous connaissons des cas où des altérations graves sont restées latentes plus ou moins longtemps. Mais avec ces lésions mêmes, les malades n'auraient qu'à gagner à l'application de la règle idéale.

Voyons les objections que l'on peut nous adresser :

Celle-ci tout d'abord : mais parmi vos opérés vont se trouver des malades qui auraient guéri sans intervention. J'en conviens. Il y a trois catégories de malades qui guérissent dans les conditions habituelles du traitement différé de l'appendice :

Les malades opérés à froid,

Les malades opérés au cours de l'appendicite aiguë, en pleine suppuration,

Les malades qui restent guéris après un traitement médical.

Au point de vue de la gravité de l'intervention, les opérés de ces deux premières catégories n'auraient rien à perdre à l'intervention hâtive immédiate; vous n'en doutez pas, et je n'ai pas besoin d'insister sur ce point.

Mais il reste les malades qui guérissent spontanément et définitivement par un traitement médical; il y en a, c'est incontestable; seulement vous êtes d'accord avec moi qu'il y en a peu et que tant que l'on n'a pas, comme on le disait l'autre jour, son appendice dans sa poche, on n'a pas le droit d'être parfaitement tranquille après une première attaque d'appendicite. C'est cependant par la guérison de ces malades, de ceux-là seuls, que l'expectation se justifie. Ceux qui meurent à la suite des interventions tardives, ceux que moissonne la péritonite généralisée, ne sont pas autre chose que la rançon de ceux qui survivent. En n'opérant pas tout de suite, dès les premières heures de la maladie, toutes les appendicites, comme vous opérez toutes les hernies étranglées, vous abandonnez à son malheureux sort tout un groupe de malades que vous pouvez guérir, dans l'espoir que quelques autres guériront sans intervention.

Si nous pouvions dès le premier moment, préjuger l'importance qu'aura l'attaque d'appendicite dont nous voyons le début, nous pourrions réserver certains cas pour l'expectation, sans doute, mais en réalité cette distinction ne peut pas se faire. Les appendicites les plus graves débutent sournoisement et les plus

bénignes avec fracas. La guérison définitive — sans opération — ne s'obtient le plus souvent qu'après les attaques les plus sérieuses. Si l'on se décide à intervenir dès le début de l'appendicite, il faut intervenir, dans tous les cas, sans distinction.

Mais à prendre si vite un parti, on risque, dit-on, de se tromper souvent. L'objection n'est pas spéciale à l'appendicite. Elle peut s'appliquer à toutes les opérations d'urgence. Il ne faut pas en exagérer la portée. Mon excellent ami Gérard Marchant a cité un certain nombre d'erreurs de diagnostic vraiment un peu grosses. Son argumentation ne me convaincra pas, car enfin, ces erreurs de diagnostic justement, il ne les a point commises. Il est clair, d'ailleurs, que dans des cas vraiment douteux, où l'on hésiterait par exemple, comme le disait Quénu, entre une appendicite au début et des accidents hystériques ou une poussée de salpingite, on pourrait faire fléchir la règle idéale et attendre d'être mieux éclairé. Quelquefois, d'ailleurs, en l'absence même d'un diagnostic précis, on pourrait encore aller de l'avant. En partant d'une erreur de diagnostic, on a pu aboutir à une intervention des plus utiles. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas bien remarquable.

Une femme d'une quarantaine d'années, que j'étais allé voir dans la banlieue, présentait un ensemble de symptômes qui me firent penser à une appendicite grave avec péritonite étendue ou généralisée. Au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite, la douleur était particulièrement vive. J'incisai le long du grand droit et j'arrivai sur des anses intestinales distendues, rouges, unies ici par des adhérences molles, baignées là par une mince couche de pus. Je cherchai l'appendice et je crus bientôt l'avoir trouvé sous la forme d'un corps gros comme le pouce, arrondi, mou, très rouge à sa surface; mais je pus me convaincre qu'il s'agissait de la trompe droite. Je la réséquai. Elle était pleine de pus et nullement perforée. L'abdomen fut drainé et la malade guérit à merveille.

Tout ne serait donc pas perdu parce qu'une erreur de diagnostic serait quelquefois commise.

Mais je parle fort à mon aise de ces interventions hâtives, immédiates, du tac au tac. Comme ce maire de village, qui ne tirait pas le canon à l'entrée du roi parce qu'il n'avait pas de canon, je crains que nous soyons souvent dans l'impossibilité d'opérer l'appendicite au début, par cette bonne raison que nous ne voyons pas d'appendicite au début. Les médecins auxquels s'adressent d'abord les malades, nous font appeler le plus souvent au deuxième, troisième et quatrième jour de la maladie, lorsqu'ils ont épuisé les moyens médicaux et perdu l'espérance d'une résolution naturelle.

Parmi les malades que j'ai opérés à l'hôpital même, je vois que plusieurs ont été descendus chez moi, en pleine péritonite généralisée, des services de médecine où ils se trouvaient placés depuis plusieurs jours. Eh bien, messieurs, ce sont des mœurs fâcheuses, des habitudes meurtrières qu'il faut réformer. A la suite de mon ami Reclus et de M. Dieulafoy dont on ne peut trop admirer la belle et courageuse campagne, nous devons crier à tous les médecins : l'appendicite est une maladie meurtrière, traîtresse, à laquelle un traitement médical ne convient à aucun degré et qui est justiciable dès le premier moment de son apparition, d'un traitement chirurgical.

En attendant que nous ayons convaincu nos confrères, nous continuerons à tirer le meilleur parti possible des cas qui se présenteront à nous plus ou moins tardivement. C'est dans ces conditions que j'ai traité d'abord 23 cas de péritonite généralisée qui m'ont donné, comme je vous le disais au début, 3 guérisons, puis 53 cas de suppurations limitées.

Chez 36 de ces malades, l'opération a consisté dans l'ouverture et le drainage de collections plus ou moins vastes sans ablation de l'appendice.

Mais trois fois j'ai dû intervenir secondairement pour enlever des appendices qui donnaient lieu à de nouveaux accidents.

Tous mes malades ont guéri, sauf une dame d'une soixantaine d'années, une de mes premières opérées qui succomba au dixième jour à des accidents de broncho-pneumonie infectieuse. Je pense que cette malade aurait pu guérir si au lieu d'ouvrir seulement le foyer, j'avais recherché et enlevé l'appendice. Très souvent, en effet, dans une opération incomplète on méconnaît l'existence d'une collection rétro-cæcale ou pelvienne qui peut devenir le point de départ de redoutables accidents infectieux.

La résection de l'appendice au milieu du foyer purulent a été faite 17 fois. Seize malades ont guéri.

Le décès unique est arrivé au bout de deux jours par septicémie suraiguë, chez une jeune fille de dix-huit ans, malade depuis trois jours, dont l'appendice était en partie sphacélé.

Les deux morts survenues au cours des 53 interventions pour une suppuration appendiculaire ne peuvent être, à mon sens imputées à l'opération, j'entends à une diffusion de la suppuration dans la cavité péritonéale. Dans un cas, l'intervention avait été insuffisante ; dans l'autre, il s'agissait d'accidents infectieux trop avancés, dont on n'a pu se rendre maître.

Dans la lettre de Sonnenburg, que M. Picqué vous a lue au cours de notre dernière séance, je trouve que notre collègue de Berlin a ouvert à chaud, sans avoir un seul décès, 125 abcès péri-appendi-

culaires consécutifs à une appendicite perforante. Je regrette que M. Picqué ne nous ait pas donné la statistique intégrale de M. Sonnenburg. Peut-être ne l'a-t-il point.

Il résulte de la communication de Sonnenburg et des faits que je vous ai apportés ainsi que de beaucoup d'autres que l'intervention à chaud n'est en aucune façon redoutable. Nous avons répété jusqu'ici qu'il n'y avait aucune comparaison à établir entre les résultats de l'opération faite à chaud et ceux de l'opération à froid.

Je suis forcé d'avouer, dussé-je froisser quelques convictions, que je suis loin de considérer comme absolument démontrée cette vérité banale : Où sont les observations qui prouvent que des opérateurs ont, en ouvrant de bonne heure à chaud des collections d'appendicite, provoqué des accidents de péritonite généralisée? Je n'en connais guère. Ne m'opposez pas que la mortalité après l'ouverture à chaud est peu considérable sans doute, mais pas négligeable pourtant, 4 à 5 p. 100 semble-t-il, d'après la plupart des statistiques. Mais ces cas de mort ne tiennent pas à l'opération; ils sont, comme les miens, consécutifs à des septicémies déjà existantes et que l'opération, peut-être insuffisante, n'a pas pu enrayer.

Abandonnés à eux-mêmes, ces malades auraient certainement succombé ; il est injuste de mettre leur perte au compte de l'intervention.

Pour moi donc, la gravité de l'intervention à chaud, comparée à l'intervention à froid, ne doit pas être exagérée, et je pense à cause de cela encore que la temporisation, même dans les cas un peu trop retardés qui sont soumis à nos soins, n'est pas complètement justifiée. Il y a au contraire tout avantage à opérer de bonne heure. On évitera la formation de collections à distance voisines ou éloignées ; l'appendice sera presque toujours facile à saisir. Ce sont des avantages qui ont bien leur importance. Je ne reconnais à cette manière de faire qu'un inconvénient : elle favorise probablement la production des éventrations. Mais dans quelle mesure, je ne puis le dire, et je ne pense pas que cette objection puisse faire prévaloir à elle seule la temporisation.

Je pense comme plusieurs de mes collègues, qu'il faut autant que possible pratiquer des opérations complètes, c'est-à-dire réséquer l'appendice. Je ne crains pas de me livrer à des recherches même un peu laborieuses lorsque je ne le trouve pas tout de suite. Plusieurs fois, au cours de ces investigations, j'ai eu la chance d'ouvrir de vastes collections que j'aurais méconnues. Tout récemment encore, chez une jeune femme, j'ai pu, grâce à cette précaution, ouvrir successivement un vaste abcès sous la paroi

abdominale, puis un abcès rétro-cæcal, puis enfin une collection énorme dans le cul-de-sac de Douglas.

Messieurs, je considère que le sujet est loin d'être épuisé. J'aurais pour ma part plus d'une réflexion à ajouter; mais cette discussion dure depuis bien longtemps; je ne veux pas l'allonger encore. Laissez-moi seulement résumer les opinions que je viens de défendre, sous la forme de trois propositions.

I. — Le traitement de l'appendicite ne doit jamais être médical.

II. — L'ablation immédiate de l'appendice pratiquée dès le début de la maladie, dans tous les cas, est le traitement idéal.

III. — L'ablation hâtive est toujours préférable à l'ablation retardée.

M. Reynier. — Je voudrais faire une simple remarque. De même que M. Peyrot est un interventionniste de la première heure, moi, je suis d'avis d'intervenir quand l'orage est calmé.

M. Peyrot dit qu'il a eu 23 cas de péritonite généralisée; je trouve cela excessif; pour moi, sur 79 cas, je n'ai eu que 9 cas de péritonite généralisée, et encore un seul cas était très net.

Sur ces 9 cas de ma statistique, 5 fois le pouls paraissait assez bon pour permettre d'opérer, et les malades sont morts comme ceux opérés par Jalaguier, Kirmisson, etc., dans les mêmes conditions; 4 fois par contre, trouvant le pouls trop mauvais, la température trop basse, je refusai d'opérer, fis du sérum, de la glace, de la caféine, le pouls se remonta, les malades guérirent.

M. Quénu. — Je trouve aussi la proportion des péritonites observées par M. Peyrot considérable. Les appendicites sont malheureusement encore très mal connues et très mal soignées par les médecins. Il ne faut pas mettre au passif de l'intervention, cette hécatombe de malades purgés au calomel ou autrement qui nous arrivent après le quatrième jour des accidents et comme à l'agonie.

Je ne saurais cependant accepter le même pronostic pour l'opération faite à froid et l'opération hâtive, faite à chaud. Vous n'en savez rien; quand vous aurez apporté une centaine de cas d'appendicite opérés dans les premières heures, nous comparerons.

Les chiffres des opérations d'appendicite à chaud sont, je crois, incomplets, nous ne les connaissons pas tous.

M. Tuffier. — Je persiste à croire qu'il serait moins grave d'intervenir de suite et qu'il serait plus facile d'enlever un appendice dans les premières heures qui suivent la crise que d'enlever un appendice à froid très retenu par les adhérences.

M. Reclus. — Je suis très interventionniste ; cependant il faut reconnaître qu'il est plus difficile d'enlever un appendice à froid trop tôt après la crise, alors que si on attend sept à huit semaines, les plastrons disparaissent, les fausses membranes se résorbent et l'opération devient plus facile.

M. Routier. — A l'appui de la bénignité des interventions à chaud très hâtives, je puis vous citer un fait récent. Un enfant de douze ans, pris lundi matin de vomissements après une nuit tranquille et une bonne santé antérieure, eut d'emblée 40°5 et 140 pulsations ; vu par son médecin dans l'après-midi, celui-ci constata le point douloureux dans la fosse iliaque et la défense musculaire.

A 9 heures du soir, les symptômes étaient les mêmes, je les constatais à 11 heures du soir, et j'opérai l'enfant à 1 heure du matin. Il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation péritonéale. L'appendice, très long, à peine turgide, fut très aisé à réséquer.

Le matin à 7 heures, l'enfant avait 37 degrés et 92 pulsations, il n'a pas varié depuis. L'appendice présentait sur sa muqueuse injectée sept traces d'ecchymoses.

M. Hartmann. — Les cas de M. Tuffier, de M. Routier, les miens ne sont pas que je sache des cas d'autopsie ; ces cas, opérés dans les quinze premières heures, ont tous été des succès.

M. Quénu. — J'ai reproché à M. Tuffier d'invoquer l'anatomie pathologique. Vous me répondez par des faits cliniques ; il faudrait apporter des faits nombreux ; j'ai parlé de gravité, non de difficulté opératoire. Vous n'avez que trois ou quatre cas. Je ne fais pas d'hypothèses.

M. Kirmisson. — M. Quénu nous dit qu'on ne peut pas comparer les faits de la ville avec ceux de l'hôpital. Je n'en sais rien, mais je ne puis rester impassible devant ces péritonites généralisées qui, quel que soit le chirurgien qui les opère, meurent sans exception.

J'avais parlé de 12 cas suivis de mort ; depuis le 12 janvier, 4 autres cas ont été apportés dans mon service, opérés par quatre chirurgiens différents. Tous les 4 sont morts.

Nous devons dire très haut : l'appendicite est une maladie chirurgicale, c'est un devoir de dire aux médecins : ne perdez pas de temps. Je crois, comme le disait Peyrot, que si nous avions eu entre les mains ces enfants en temps opportun, de ces seize morts, nous en aurions bien évité quelques-unes. Il faut que, pour

l'appendicite, il se fasse la même évolution que pour la hernie étranglée.

M. Walther. — Dans la classification qui a été faite en opportunistes et en radicaux, on a bien voulu me ranger parmi les opportunistes. Mais je crois que cette division un peu arbitraire repose sur des différences plus apparentes que réelles. Ainsi je pense qu'il n'y a guère de chirurgiens radicaux qui soient intervenus, plus tôt que moi, au début d'une attaque de péritonite d'origine appendiculaire.

J'ai pu dans un cas opérer quatre heures après le début des accidents. La malade avait été prise à six heures du matin; à sept heures son médecin, mon ami le Dr Martinet, diagnostiquait une appendicite; à huit heures, je la voyais avec lui, et à dix heures la laparotomie était pratiquée. Dans ce cas, l'accident qui m'avait poussé à intervenir rapidement était un spasme de la glotte, revenant par crises, sans hoquet et qui disparut après la laparotomie. Il y avait du liquide à peine louche dans la cavité péritonéale. La malade guérit très simplement.

Je dois dire que dans les cas où j'ai pu opérer dans les premières vingt-quatre heures, tout s'est toujours bien passé, l'opération a été très simple, l'ablation de l'appendice facile et la guérison régulière.

Mais si je crois l'opération excellente à cette période du début, je persiste à penser que le second, et surtout le troisième ou le quatrième jour, il y a souvent avantage, lorsque la localisation tend à se faire, à attendre, en surveillant de très près le malade, cela va sans dire.

M. Peyrot. — Je suis heureux d'avoir joint ma voix à celle de mon ami Kirmisson pour dire que l'appendicite est une maladie chirurgicale; je crois comme lui que sur ses seize malades pris à temps, on aurait pu en sauver quelques-uns.

Je dirai à M. Reynier qu'il est tombé sur une série heureuse. Il est incontestable que beaucoup de malades meurent de péritonite et que le seul moyen bon pour les guérir, c'est de les opérer au premier moment. En face d'un gâteau dans la fosse iliaque, je comprends qu'on essaye d'attendre pour opérer à froid, et encore, j'ai peur qu'on ait des surprises. Je considère que la temporisation n'est pas sans danger.

Les faits peu nombreux d'intervention hâtive sont rares, mais consolants, et je reste convaincu que si nous opérons dans les premières heures, nous continuerons à avoir des succès.

Je ne puis admettre que les interventions à chaud soient aussi

graves qu'on le dit. La statistique générale nous donne environ 4 p. 100 de morts; faites la part des quelques cas qui seraient morts si on ne les avait pas opérés et comparez. Pour moi, il n'est pas démontré que cette intervention à chaud soit si grave, et en attendant, on fait courir des dangers graves aux malades.

Rapport.

Sur les injections intra-cérébrales de sérum antitétanique (observations de M. Beurnier, de M. Veslin et de M. Vilon).

M. QUÉNU, rapporteur.

M. Beurnier d'une part, et d'autre part M. Veslin (d'Évreux), ont communiqué chacun à la Société de chirurgie une observation d'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique, au cours d'un tétanos déclaré. Vous m'avez chargé d'un rapport sur ces deux cas.

Dans le premier (celui de M. Beurnier), il s'agit d'une femme de quarante ans, chez laquelle le tétanos s'est déclaré huit jours après une chute dans la rue, ayant occasionné une légère et superficielle écorchure du genou; autour de cette écorchure, pour ainsi dire insignifiante, il n'existait ni gonflement douloureux ni rougeur, à tel point que M. Beurnier met en doute cette porte d'entrée et incrimine plutôt soit un mauvais dentier, soit des piqûres que se faisait fréquemment elle-même la malade, morphinomane.

Quoi qu'il en soit, les premiers symptômes tétaniques sont apparus le 5 octobre 1898 sous forme de trismus, puis les muscles de la nuque, le trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien se sont pris le 8 octobre. Le 9 octobre, en dépit d'un traitement au chloral et à la morphine, les contractions se sont étendues aux quatre membres; de temps à autre surviennent des crises de dyspnée et de dysphagie; les inspirations s'élèvent alors à 40 ou 45 par minute; le pouls, petit, bat 130 fois par minute.

M. Sicard, l'interne du service (la Salpêtrière), fit alors une ponction lombaire, et après évacuation de 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, injecta 40 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Aucune amélioration ne suivit cette tentative thérapeutique. M. Beurnier, alors appelé, se résolut à l'injection intra-cérébrale de sérum. Il injecta, par deux ouvertures pratiquées sur une ligne réunissant le milieu des deux apophyses mastoïdes, à 3 centimètres environ de la ligne médiane, 8 centimètres cubes en tout de liquide antitétanique. Aucun trouble n'accompagna ou suivit l'opération, faite sous le chloroforme. Le lendemain 10 octobre, on observe une réelle amé-

lioration : la dyspnée a disparu, les crises tétaniques sont devenues plus rares. On a continué d'administrer du chloral et de la morphine :

Chloral . . . . 4 grammes.
Ch. morphine . . . . 4 centigr.
(en lavement),

et seize injections de morphine de 0,02 centigrammes chacune dans les vingt-quatre heures (1).

Le 11 matin, la malade est dans le coma, en résolution complète; elle succomba à la fin de la journée sans phénomènes nouveaux.

Un mot sur la température.

Le 9 matin, le thermomètre était à 37°2; il resta stationnaire jusqu'à quatre heures, puis monta brusquement à 40 à la suite d'une crise tétanique, pour redescendre à 30, puis à 37°5, le 10 matin.

Le 10 soir, il s'éleva d'une façon continue à 38°3, puis à 39,40 et 40°8.

L'autopsie de la malade a permis de faire les constatations suivantes : on ne retrouve aucune trace des piqûres, soit sur la dure-mère, soit dans la substance cérébrale.

La pie-mère est extrêmement vascularisée; aucune particularité à relever du côté de la moelle ou du bulbe.

Rappelant deux tentatives infructueuses de M. Sicard, d'injections de sérum antitétanique par ponction lombaire, M. Beurnier conclut de son observation personnelle que l'action combinée des deux voies d'inoculation n'a guère plus d'action pour enrayer la progression du tétanos que l'action isolée de l'injection lombaire.

La terminaison, dans l'observation de M. Veslin, n'a pas été plus heureuse.

Un enfant de seize ans avait reçu le 11 septembre 1898 une charge à plomb de carabine Flobert dans le cou-de-pied droit. M. Veslin ne fut appelé que treize jours après l'accident, c'est-à-dire le 24 septembre, alors que les signes de tétanos peu accentués rendaient le diagnostic incertain : à peine du trismus, un peu de dysphagie, quelques douleurs dans les épaules. Le lendemain il n'y a plus malheureusement aucun doute, et le surlendemain seulement, soit le 26 septembre, l'injection cérébrale de 4 centimètres cubes de sérum antitétanique provenant de l'Institut Pasteur est pratiquée de chaque côté.

Le soir de l'opération, la température est à 39, le pouls à 160, la raideur du cou a disparu presque complètement, l'enfant ouvre beaucoup plus facilement la bouche.

L'absence du trismus s'observe encore le lendemain, malgré qu'il y ait eu quatre crises spasmodiques dans la nuit. Puis à 11 heures du matin, le trismus et la contracture de la nuque réapparaissent, et l'enfant succombe à 3 heures du soir.

(1) J'avoue que ces doses m'ont paru excessives.

J'ai eu personnellement, depuis la première opération d'injection intracérébrale qui a été faite chez l'homme et qui a été suivie de succès, l'occasion d'appliquer deux fois la même méthode thérapeutique. Le résultat a été malheureux dans les deux cas; je rapporte ici à titre de documents les deux observations auxquelles, du reste, j'ai déjà fait allusion au cours de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie sur cette question.

Dans la première, il s'agit d'un malade âgé de cinquante-deux ans, qui se fit cinq mois avant les accidents actuels une fracture du col du fémur pour laquelle il fut mis dans une gouttière de Bonnet. Lorsqu'au bout de trente jours on leva l'appareil, le malade présentait une large escarre au sacrum, une autre au talon, une troisième enfin derrière la malléole externe gauche.

L'habitation du malade était contiguë à une écurie; sa femme, qui soignait les chevaux, pansait elle-même les plaies et fréquemment plaçait sur le lit les couvertures des chevaux. Après plusieurs mois, les escarres commençaient à peine à se cicatriser, lorsque le 11 octobre dernier (1898) apparut du trismus; je fus appelé par le Dr Delhomme le 13 à 3 heures; quelques heures après, le malade était transporté à Cochin, dans mon service, et opéré à 6 heures et demie; au moment où je l'observai, l'état était le suivant :

Trismus très prononcé; il est impossible d'obtenir le moindre écartement des arcades dentaires; les muscles de la nuque et du dos paraissent indemnes, aucune gêne de la respiration ni de la déglutition.

Le pouls est à 112, la température à 37°2. Le cas paraissait donc très favorable en raison de l'absence d'aucun phénomène bulbaire; la trépanation bilatérale fut très rapidement faite à l'aide du perforateur à vrille et l'injection de 2 centimètres cubes poussée de chaque côté par M. Roux.

Les escarres furent pendant ce temps curettées, nettoyées, lavées à l'eau oxygénée. Le soir, la température oscilla entre 36°3 et 36°8.

Le lendemain 14 octobre, la température oscille entre 37°1 et 37°2, le pouls baissant à 100 et 110.

Le 15, la température reste à 37, le pouls à 110.

Le malade se nourrit, mais il tousse et se plaint de ne pouvoir expulser ses crachats; nombreux râles sous-crépitants et ronflants dans les deux poumons.

Le 16, le malade a été agité toute la nuit, la température a été de 37°4 à minuit; de 37°1 à 4 heures; et de 38 ce matin, mais le pouls s'élève à 150 pulsations; la contracture a gagné les muscles de la nuque, qui de temps en temps sont agités de quelques soubresauts.

Le soir 38°9 et 150 pulsations; mort le 17 octobre matin, à 5 heures, dans le coma, après une nuit très agitée.

Ma seconde observation a trait à un homme de quarante-

huit ans, que mon collègue M. Delpeuch me fit passer de son service le 15 octobre 1898.

Cet homme s'était entré une écharde dans l'annulaire de la main droite le 27 septembre; la petite plaie suppura, mais ce n'est que le 12 octobre qu'éclatèrent les premiers signes tétaniques sous forme d'un trismus d'abord léger, puis accentué le 13 et accompagné le 14 de raideur de la nuque.

Quand je vis le malade, le lundi 17, à midi, il était assis sur une chaise, les traits immobilisés, la tête un peu renversée en arrière, n'ayant que 39°5 de température, mais un pouls variant entre 140 et 150. Les muscles sacro-lombaires sont contracturés, les muscles abdominaux sont légèrement pris et le ventre rétracté en bateau. Les membres sont libres.

La respiration se fait vingt-quatre fois par minute.

A 3 heures de l'après-midi, le même jour, 2 centimètres cubes et demi sont injectés par M. Roux, de chaque côté, après une perforation cranienne faite par moi à l'aide du perforateur à vrille, sous le chloroforme. Nettoyage du doigt et injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de sérum antitétanique. Aucun phénomène particulier pendant l'injection.

A 4 heures, le pouls, qui était à 160, tombe à 117, puis oscille d'un moment à l'autre entre 116 et 130.

La température est de 37°8. Le lendemain, la température ne dépasse 38 que le soir; les contractures ne se sont pas étendues aux membres, mais on observe des soubresauts musculaires et des crises de dyspnée pendant lesquelles la respiration monte à 58 par minute et le pouls à 180.

La température oscille entre 39 et 39°5. Le malade meurt à 1 heure du matin dans une crise de suffocation.

A ces quatre observations inédites, j'en ajouterai une cinquième, trop brièvement rédigée, qui m'avait été envoyée de Constantinople par le D[r] Larrieu, le 23 juin 1898. Le malade, un enfant de quinze ans, et présentant des accidents datant déjà de quatre à cinq jours, mourut sept heures après la trépanation. Il avait, du reste, 41°5, 150 pulsations et 50 respirations par minute au moment de l'opération.

Je tiens à mentionner l'observation de M. Larrieu, parce que ce distingué confrère avait simplifié le manuel opératoire en se servant du simple foret de Collin, sans incision cutanée préalable.

Somme toute, messieurs, je rapporte ici cinq observations de tétanos traitées, quatre par les injections intra-cérébrales, et une par l'injection combinée dans le rachis et le cerveau du sérum antitétanique. Dans les cinq cas, la terminaison a été mortelle.

Dans aucune, l'injection n'a par elle-même provoqué d'acci-

dent qui lui soit, selon toute probabilité, imputable ; nos malades, interrogés, n'ont accusé aucune céphalalgie, aucun trouble de la sensibilité et du mouvement. Pendant l'injection, l'observation a porté sur la face et spécialement sur la pupille ; rien de spécial n'a été relevé de ce chef.

Le manuel opératoire a été très simplifié depuis notre première opération : une incision des parties molles jusqu'à l'os, longue de 2 à 3 centimètres, les bords écartés, une perforation rapide du crâne avec le perforateur à vrille ; le tout ne demande pas plus de cinq minutes; seule l'injection prolonge la durée de l'opération. Je tiens à rappeler ici que cette simplification du manuel opératoire, adoptée primitivement par MM. Roux et Borrel sur les animaux, a été mise en pratique chez l'homme, pour la première fois, par M. Larrieu.

Il nous reste le point le plus délicat à discuter, celui des résultats thérapeutiques. Nous pouvons mettre de côté le cas de Larrieu, dont le malade avait 41 degrés et 150 pulsations au moment de l'intervention, qui a été pratiquée le 5e jour.

Dans celui de M. Beurnier, on est intervenu le 5e jour pour un tétanos déjà généralisé. C'est encore le 5e ou 6e jour seulement que j'ai pu opérer un des malades dont l'observation est jointe à ce rapport. Mais dans l'observation de M. Veslin, les signes peu accentués du tétanos apparaissent le 24 et le 26; l'injection est pratiquée dans l'intérieur du cerveau; moins de quarante-huit heures s'écoulent entre l'apparition des premiers accidents tétaniques dans la seconde de nos observations personnelles. Il est vrai qu'on peut mettre la mort sur le compte des accidents pulmonaires.

En face de ces insuccès, il est pour nous consolant d'avoir à rapporter les deux succès obtenus par M. Vilon, de Versailles.

Dans ces deux observations, l'injection intra-cérébrale fut pratiquée le jour même où se déclarèrent les premiers symptômes tétaniques; l'auteur ne dit pas après combien d'heures. Là, vraisemblablement, est la cause principale des deux beaux résultats obtenus par notre confrère.

Mais il faut nous rappeler que la méthode a échoué chez l'opérée de Chaput qui, cependant, opéra l'après-midi pour un tétanos déclaré le matin seulement, et il s'agissait d'un tétanos externe.

D'autre part, chez notre second malade, l'injection intra-cérébrale n'a pas, d'une façon absolue, mis arrêt à l'extension des contractures : les muscles de la nuque étaient indemnes au moment de l'opération, ils furent agités de contractions spasmodiques quelques heures avant la mort.

Si donc la notion du temps écoulé, le siège externe ou viscéral

de l'inoculation tétanique ont une valeur capitale, il est d'autres conditions également importantes dont, malheureusement, la connaissance reste pour nous obscure, et qui font varier les résultats pour des cas d'apparence identique.

Nous devons nous borner à constater que ni l'absence de fièvre au moment de l'intervention, ni la limitation des contractures, ni l'absence de phénomènes bulbaires n'autorisent à compter sur le succès, même dans les cas de tétanos externe; nous devons donc nous borner à enregistrer les faits, en noter les points les plus saillants et nous résoudre à ne pas encore en tirer de conclusion absolue.

M. Berger. — Je crois que si on veut tenir compte des guérisons du tétanos, par une méthode thérapeutique quelconque, il faut être bien sûr de l'exactitude du diagnostic. Ceci étant dit, vous savez comme moi que l'efficacité curative dans le tétanos déclaré des injections par la méthode de Kitasato est absolument nulle; et il semble prouvé de plus en plus que la nouvelle méthode ne donne pas les résultats attendus. Il ne faut pas oublier les anciennes méthodes d'éradication du membre blessé. Combinée aux injections, on l'a vue guérir des malades, je voudrais qu'on revînt aux méthodes locales.

M. Peyrot. — J'approuve la manière de voir de mon ami, M. Berger : Je n'ai vu que peu de guérisons de tétanos traumatique.

Chez un malade tombé d'un wagon et qui avait été traîné d'hôpital en hôpital en province, puis enfin amené dans mon service à Lariboisière, je constatai de telles lésions du pied que je conseillai l'amputation.

Cette opération fut pratiquée par M. Guinard, qui en quittant le malade prescrivit des injections antitétaniques de sérum.

Par suite d'une erreur, on injecta à ce malade 500 grammes de sérum artificiel ordinaire.

Au huitième jour, il eut le tétanos; nous fîmes alors des injections de sérum antitétaniques, on injecta bien successivement environ 400 grammes de ce sérum, le malade guérit.

Je crois que sa guérison est due à son amputation, traitement véritablement héroïque. Nous avons supprimé son foyer, il est certain pour moi que s'il n'avait pas été amputé il serait mort.

M. Lucas-Championnière. — La proposition de M. Berger ne me séduit pas. J'ai perdu un malade du tétanos que j'avais amputé

du pouce, j'en ai vu guérir un sans amputation et j'ai cru à cette époque pouvoir attribuer sa guérison aux injections antitétaniques anciennes. On sait aujourd'hui que leur valeur est nulle.

Le malade de M. Peyrot a eu le tétanos huit jours après l'opération, il pourrait être secondaire à cette opération, il était à marche lente, il a guéri. Après avoir fait des amputations, j'ai été refroidi par les mauvais résultats.

Les observations faites sur le nouveau sérum sont tentantes à cause des données scientifiques, cependant on n'a pas eu encore de bon résultat. J'ai eu d'aussi bons résultats par l'emploi du chloral. Un médecin de la côte ouest de l'Amérique du Sud, où le tétanos est très fréquent, me disait avoir guéri quatre cas de tétanos sur sept par le chloral. L'amputation n'a jamais donné d aussi bons résultats.

Dans l'état actuel des choses, nous ne pouvons pas avoir de conclusion ferme.

M. Chaput. — J'ai été appelé, il y a quelques semaines par M. le Dr Chevreau auprès d'un malade qui huit jours auparavant avait eu la main fortement contusionnée et blessée par une roue de voiture. La plaie à lambeaux, avait été suturée immédiatement par l'interne de garde à l'hospice d'Ivry; on ne fit pas d'inection antitétanique préventive. La plaie suppura et huit jours après l'accident, le malade commença à éprouver une gêne dans la mâchoire et peu après survinrent les symptômes caractéristiques du tétanos.

Quand je le vis, c'est-à-dire trente-six heures après le début des accidents, il présentait les symptômes suivants : trismus, raideur de la nuque, rire sardonique, resserrement des paupières, opisthotonos, contraction des muscles abdominaux; pouls à 116, température à 37°, pas de dysphagie, ni de rétention d'urine. M. Borel qui m'avait accompagné jugea la situation grave en raison de la fréquence du pouls; il consentit sur mes instances, à pratiquer avec moi l'injection intra-cérébrale (3 centimètres cubes de sérum dans chaque lobe frontal). Vingt-quatre heures après, le malade était mort d'un accès de suffocation.

Je dois dire que ce fait ne prouve rien contre les idées de M. Borel qui admet un certain nombre de contre-indications à l'injection intra-cérébrale; ce sont : le début des accidents remontant à plus de vingt-quatre heures; la rapidité du pouls (au dessus de 110), de la respiration (au-dessus de 25 par minute), la dysphagie, les accès de suffocation, les tétanos d'origine céphalique, abdominale ou viscérale qui sont au-dessus de nos ressources.

Ces contre-indications, surtout celles tirées du temps écoulé, se rencontrent si fréquemment, qu'elles restreignent notablement la valeur de la méthode de M. Borel.

M. Ricard. — Il y a trois semaines, j'ai observé un cas de tétanos à la suite d'une plaie de l'index. Je téléphonai à M. Borel qui est venu tout de suite et n'a pas jugé le cas assez grave pour être justiciable d'une injection intra-cérébrale. Ce tétanos paraissait prendre des allures lentes : il avait moins de 100 pulsations, mais en deux ou trois jours, tout s'aggrava. M. Borel revint, fit une injection intra-cérébrale. De suite, après cette injection, la température monta, dès le lendemain tous les symptômes s'aggravaient et trois jours après, le malade était mort.

Le dernier mot n'est pas dit sur le tétanos. Il semble qu'il y a beaucoup de contre-indications aux injections antitétaniques et qu'il faille précisément leur réserver ces cas que nous guérissions avant l'invention de cette méthode.

M. Nimier. — Le cas dont j'ai présenté les pièces dans la dernière séance, loin d'avoir été aggravé par l'injection antitétanique paraissait avoir été amélioré. Il est mort de septicémie, non de tétanos. Il faut intervenir par les injections dans les vingt-quatre premières heures du tétanos.

M. Quénu. — Moi aussi j'ai causé avec M. Borel, mais je n'ai pas été convaincu, ses distinctions me paraissent trop subtiles. Les injections auraient pour effet d'arrêter les lésions dans l'état, mais ne sauraient détruire ce qui est déjà constitué. Or, j'ai un cas où le bulbe n'était certainement pas pris, et cependant, l'injection n'a pas empêché le tétanos de progresser. Les cas que je viens de présenter n'étaient ni des tétanos faciaux ni des tétanos splanchniques ; ils sont morts : avouons notre ignorance.

Lecture.

M. Rigal, médecin principal, lit *six observations d'appendicite* et *une de typhlo-péri-appendicite*. — Renvoyé à une commission : M. Jalaguier, rapporteur.

Présentations de malades.

Fracture de jambe, traitée par la flexion de la jambe sur la cuisse.

M. Quénu. — Je présente un malade qui entra dans mon service le 31 décembre dernier avec une fracture de jambe au quart inférieur; les fragments faisaient une saillie considérable et il était impossible de les maintenir, à tel point que, autour de moi, on parlait d'anesthésie, de sutures, d'appareil Hennequin, etc. Je remarquai que la flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse amenait une réduction et la rendait facile. Je fis donc appliquer un appareil plâtré, la jambe étant fléchie à angle droit sur la cuisse et reposant sur le plan du lit par sa face externe.

Il suffit d'une légère pression par une bande pour maintenir le fragment supérieur réduit, et cette bande fut supprimée le sixième jour. Le malade se leva avec les béquilles au bout de quatre semaines; actuellement, il marche facilement (depuis déjà quinze jours) avec un raccourcissement de 2 centimètres et une saillie très légère du fragment supérieur. La simplicité du moyen employé m'a engagé à vous en faire la présentation.

M. Lucas-Championnière. — C'est une réédition du plan incliné sous une autre forme.

M. Legueu présente une malade atteinte d'actinomycose cervico-faciale vérifiée scientifiquement.

Hernie crurale droite étranglée et sphacélée. Anus contre nature. Entéro-anastomose par implantation des bouts centraux. Malgré la petitesse du bout inférieur, guérison et rétablissement complet.

M. Schwartz. — Il s'agit d'une femme de soixante-sept ans, très cachectique, qui est entrée dans mon service en juin 1898, pour une hernie crurale droite étranglée et sphacélée. Il n'y avait pas moyen de songer à faire une résection à cause de la faiblesse de la malade. Un anus contre nature fut établi. Cet anus fonctionna, la malade se remonta un peu, et je pus, en novembre dernier, penser à traiter cet anus. Mon plan était le suivant : étant donnée la complexité de l'anus contre nature, je pensais ouvrir l'abdomen, chercher l'anse engagée, sectionner les deux bouts

puis anastomoser les bouts centraux et réséquer ou enlever comme une tumeur les bouts périphériques.

Nous fûmes frappé, à l'incision de l'abdomen, de la petitesse du bout inférieur; malgré tout, pour ne pas faire une exclusion par trop considérable de l'intestin grêle, l'anus étant situé à 1 mètre environ du cæcum, je pris le parti d'implanter perpendiculairement le bout périphérique très mince sur le bout central très large, très dilaté, à la façon de l'intestin grêle dans le cæcum.

Incertain sur la manière dont la circulation des matières se rétablirait, je me tins tout prêt au moindre signe d'occlusion à anastomoser latéralement le bout central sur le cæcum. Mes craintes furent vaines.

La circulation des matières s'est rétablie, malgré l'étroitesse du bout implanté et cette femme est actuellement guérie de son anus contre nature.

Je n'ai pas enlevé les bouts d'intestin ouverts à l'aine, la faiblesse de cette malade étant encore trop grande au moment de l'intervention, et je me demande, étant donnés son âge et le peu d'inconvénients que lui procurent ses petites fistules muqueuses, s'il y aura lieu de s'en préoccuper.

Présentation de pièces.

Adénome du rein.

M. PAUL REYNIER. — Messieurs, je vous présente une pièce intéressante à cause de sa rareté. Il s'agit d'un adénome du rein, que j'ai enlevé au mois de janvier dernier à un malade de mon service, et qui en est à l'heure actuelle sorti guéri.

Voici tout d'abord l'observation, que m'a remise mon interne M. Bonnelle.

B... L..., soixante-quatre ans, journalier. Entré le 26 décembre 1898, salle Ambroise Paré.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires directs. Personnellement, le malade dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Pourtant en 1870 il eut une variole assez grave dont il porte les marques, mais sur l'évolution de laquelle il ne peut fournir aucun renseignement précis. Elle semble toutefois n'avoir laissé aucune suite fâcheuse.

Le début de la maladie qui l'amène remonterait à sept ou huit semaines environ. Jusqu'à cette époque, premiers jours de décembre, rien d'anormal.

Il y a deux mois donc à peu près exactement, sans raison aucune,

sans aucun signe prémonitoire, il pissa du sang le matin à son réveil. *Deux heures après*, comme il se disposait à partir au travail, il fut pris brusquement d'une très vive douleur dans la région lombaire gauche avec irradiation dans la cuisse, les plis de l'aine. Nausées. Vomissements.

Le malade s'alite.

Durant la journée entière et les deux journées qui suivirent, les urines furent fortement colorées en rouge, uniformément pendant toute la durée de la miction.

Cet état dura trois journées pleines, après quoi les douleurs s'atténuèrent, les vomissements cessèrent, les urines redevinrent limpides.

Dès lors, tout sembla rentrer dans l'ordre, le malade se crut guéri et reprit ses habitudes. Cinq ou six jours après, dans les mêmes circonstances, les mêmes phénomènes se produisirent, et depuis cette époque jusqu'à ce jour (24 décembre) l'état ne changea point. Alternatives de mieux et de pire.

Douleurs sourdes dans la région du rein gauche. Pissements de sang abondants, spontanés, sans exagération des signes fonctionnels, alternant avec des mictions parfaitement normales.

Le malade remarque que l'hématurie est toujours précédée d'une sensation de plénitude au niveau de l'hypogastre, avec légère douleur irradiant au bout de la verge.

Il avait eu ainsi, depuis le début jusqu'au 26 décembre, dix à douze hématuries, toujours dans les mêmes conditions, et avec un état général demeurant assez satisfaisant. Amaigrissement à peine marqué.

Le 26 décembre, il entre dans le service, apportant les urines provenant d'une hématurie de la veille au soir.

On fait pisser le malade séance tenante dans un verre et l'on récolte une urine parfaitement claire.

Examen. — Facies pâle. Malléoles légèrement œdématiées. T. normale.

Poul régulier, bien frappé.

La palpation du rein gauche révèle l'existence d'une tumeur volumineuse, paraissant très irrégulière. Elle déborde très notablement le rebord costal et le ballottement rénal est des plus nets.

Exploration de l'uretère par la palpation est négatif, et ne provoque aucune douleur.

Le toucher rectal révèle une prostate à peine augmentée de volume. Rien dans les vésicules ni les déférents. L'uretère n'est point senti par le toucher.

L'*urine* recueillie en dehors des hématuries, est filtrée et traitée par la chaleur et l'acide *nitrique*. Albumine appréciable. *Pas de dosage.*

Rien au poumon. Rien au cœur.

Le 27 *décembre*. — 1500 grammes. Urine limpide.

Le 30 *décembre*. — Hématurie spontanée, 1.600 grammes. Urines très foncées, uniformément colorées.

Le 31 *décembre*, au matin. — *Cystoscopie*.

Quelques caillots vus sur les parois vésicales (vessie à colonne, mais ne paraissant pas autrement malade). Rien ne vient par les uretères.

Les urines de la journée, d'ailleurs, furent parfaitement claires.

Un nouveau pissement de sang, le lendemain de cet examen cystoscopique. Pensant alors à un néoplasme ou plutôt, malgré l'absence de lésions viscérales dans ce sens, à de la tuberculose rénale, on proposa la néphrectomie.

Opération, 9 *janvier* 1899. — Incision large, en croissant, dans l'espace costo-iliaque. Recherche du rein.

La main introduite dans la plaie sent un rein qui paraît énorme, à tel point qu'on pense un moment à renoncer à l'extirpation par cette voie.

On élargit l'incision et l'on commence une décortication laborieuse du rein.

Au cours de cette décortication, un flot de liquide jus de pruneaux jaillit, et le doigt put explorer une large cavité kystique qu'on venait de perforer, creusée dans la capsule même du rein.

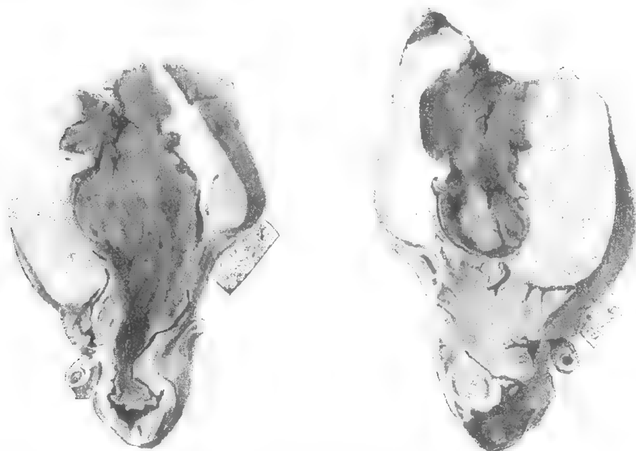
La tumeur, diminuée de moitié, est alors plus facilement explorée, et le rein, en apparence de volume normal, put être extirpé. Suture, drainage. Pansement.

Suites opératoires. — Les suites furent bonnes et la température ne dépassa qu'une ou deux fois, dans les jours qui suivirent, 38°6. Les urines, d'abord diminuées de volume, remontèrent peu à peu; elles sont *claires*, abondantes, franchement *acides. Albumine* (?)

La *plaie*, encore largement ouverte, est actuellement sèche et pansée à sec. Appétit bon. État général très satisfaisant. Le malade sort du service à la fin de février, complètement guéri.

Examen histologique, par M. Decloux, moniteur au laboratoire des travaux d'anatomie pathologique.

L'examen du rein qui nous a été confié nous montre les lésions suivantes :



A sa partie postérieure, il est entouré par une coque épaisse d'au moins un centimètre, adhérente, sauf à la partie moyenne; coque

formée par des stratifications d'anciens caillots sanguins, doublant presque le volume du rein à ce niveau.

A l'union de la face antérieure et de la face postérieure, sur le bord convexe, mais empiétant légèrement sur la face antérieure, à peu près au niveau de la partie moyenne de l'organe, se trouve une dépression d'aspect radié. Elle atteint près d'un centimètre de diamètre et est comblée pour ainsi dire par des caillots plus récents, plus friables, qui répondent à sa portion moins adhérente signalée plus haut.

Rien de particulier en dehors de cette dépression ; la surface du rein est normale, la décortication facile, l'organe n'est pas augmenté de volume.

Une coupe est faite perpendiculairement au bord convexe du rein et passant par le centre de la dépression. On voit alors que celle-ci correspond à une tumeur du volume d'une grosse amande, qui divise complètement le rein à ce niveau, et s'étend depuis la capsule déchirée jusqu'au bassinet où elle envoie un court prolongement.

Le rein sain forme, ainsi que le montre un des dessins, deux masses du volume d'un haricot, situées de chaque côté de la tumeur. Un sillon très fin sépare les deux parties l'une de l'autre, sans que pour cela l'énucléation de la tumeur soit possible.

Cette dernière, jaunâtre, lisse à sa surface de coupe, est cependant plus foncée que le tissu qui l'entoure : sa partie supérieure est nettement hémorragique, et des stries sanguines s'étendent, interrompues de places en places depuis la capsule jusqu'au bassinet.

L'examen microscopique montre que cette tumeur est constituée par la juxtaposition d'une série de cavités allongées, ovalaires, présentant à un faible grossissement l'aspect d'une véritable dentelle. Deux parties à considérer dans la structure de ce tissu : une paroi connective et un épithélium de revêtement.

La paroi connective est très mince; au point d'adossement de trois cavités, se trouve souvent un capillaire très fin; en d'autres parties, la paroi présente des végétations exubérantes faisant saillie à l'intérieur de la cavité voisine.

L'épithélium est formé par une couche de volumineuses cellules cylindriques ainsi constituées : à la base, près de la paroi connective, un noyau de faibles dimensions, entouré d'une mince couche de protoplasma granuleux, tandis que les deux tiers supérieurs de sa cellule présentent un protoplasma clair, transparent, d'aspect presque hyalin. L'aspect des cellules peut se modifier légèrement, mais toujours elles sont plus hautes que larges. Les dimensions maxima ont été les suivantes : 46 μ de haut sur 33 μ de large.

A la périphérie de la tumeur, les cellules arrivent en contact par leur sommet; plus au centre, elles sont refoulées par un exsudat qui occupe le centre des cavités qu'elles circonscrivent, exsudat qui, au niveau des foyers hémorragiques, est remplacé par des globules sanguins tassés les uns à côté des autres.

La tumeur est séparée du rein normal par une bande conjonctive peu épaisse; quelques travées conjonctives plus épaisses se voient aussi, découpant le néoplasme.

Le rein est normal; il ne présente que par endroits un très léger degré de sclérose péri-tubulaire.

Cette tumeur est donc un adéno-épithéliome; elle est très vasculaire et sa rupture sous-capsulaire, ainsi que son prolongement dans le bassinet, expliquent facilement les hémorragies que le malade présentait.

Nous avons recherché sur cette pièce la réaction du glycogène sous l'action de la gomme iodo-iodurée : notre maître, M. le Dr Brault, a montré toute l'importance qu'avait cette recherche au point de vue chirurgical pour apprécier si la lésion est en évolution.

Sur nos coupes, nous avons constaté une abondance considérable de glycogène dans les cellules de cet adéno-épithéliome; nous pouvons donc conclure que la tumeur était en pleine activité, car ainsi que l'a écrit M. Brault : « Cette propriété de former et de fixer le glycogène est d'autant plus marquée que le développement des tumeurs est plus énergique » (Brault. La glycogénèse dans les tumeurs, in *Archives des sciences médicales*, 1896).

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 15 MARS 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Félizet, et une autre de M. Poirier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Gérard Marchant dépose une observation de M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux, sur un *cas de tétanos traumatique, traité par les injections intra-cérébrales et sous-cutanées; mort.*

Remis à l'examen d'une commission; M. Gérard Marchant, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur le traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Brun. — Dans une de nos dernières séances, à propos de la présentation d'une malade traitée par notre collègue, M. Monod, pour une luxation congénitale de la hanche par la méthode de réduction non sanglante de Lorenz de Vienne, M. Kirmisson, sans mettre en doute la possibilité de la réduction parfaite, a émis cependant l'opinion que cette réduction ne pouvait être obtenue

que d'une façon exceptionnelle, et que, dans les cas de résultats même fonctionnellement satisfaisants, il ne s'agissait en réalité le plus souvent que d'une simple transposition.

J'ai, dans ces dernières années, eu plusieurs fois l'occasion de mettre en pratique le procédé de réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche, et je désire en quelques mots, vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé.

Sur les premiers malades que j'ai opérés, en me guidant seulement sur les lectures que j'avais pu faire, je n'ai obtenu aucun résultat.

En voyant opérer Lorenz, je me suis facilement rendu compte des raisons de mes insuccès; j'avais dans mes tentatives agi avec beaucoup trop de douceur. En me conformant à la manière de faire de Lorenz, en agissant avec vigueur, je dirais volontiers avec brutalité, j'ai obtenu un résultat parfait chez une fillette qui m'avait été adressée par mon collègue et ami Félizet. La perfection du résultat m'a été affirmée non seulement par la disparition de toute claudication, mais encore par la radiographie que je vous présente. Toutefois, chez plusieurs autres malades chez lesquels j'avais eu nettement la sensation de réduction vraie, j'avais à la fin du traitement, constaté que je n'avais obtenu qu'une transposition d'ailleurs accompagnée d'une amélioration fonctionnelle manifeste. Je pensais que ma manière de faire pouvait bien être par quelque côté défectueuse, lorsque le Dr Ducroquet, ancien interne de Berck-sur-Mer, qui revenait d'un voyage à l'étranger et avait vu opérer Hoffa et Lorenz, me déclara que dans la pratique de ces deux chirurgiens, les transpositions étaient également très fréquentes, et il me suggéra l'idée que cette transposition pouvait bien être le fait d'un déplacement secondaire, s'opérant sous l'appareil et provoqué par la marche. Il y avait un moyen de vérifier l'exactitude de cette hypothèse, c'était, aussitôt la réduction obtenue, et avant l'application de tout appareil, de fixer le résultat par une épreuve radiographique. C'est ainsi que depuis, j'ai constamment procédé et je vous présente cinq épreuves radiographiques se rapportant à cinq cas de luxation congénitale dont deux bilatérales. Chez ces cinq malades, une première photographie vous montre la luxation avant toute tentative de traitement; une seconde au contraire vous indique le résultat des manœuvres de réduction. Or, sur ces cinq malades, vous pouvez voir que la tête fémorale se trouve abaissée à sa place normale et correspond exactement au cartilage en Y qui constitue le fond du cotyle.

Pour maintenir la correction, j'ai eu bien soin de maintenir mes malades au repos absolu, et j'espère ainsi arriver à un résultat satisfaisant.

Je suis le premier à reconnaître que, pour être tout à fait démonstratives, mes observations auront besoin d'être poursuivies encore pendant longtemps. Les radiographies que je vous présente n'en démontrent pas moins la possibilité d'obtenir chez les sujets jeunes et d'une façon presque constante, la réduction de la luxation congénitale. La réduction obtenue se maintiendra-t-elle? l'avenir nous l'apprendra, mais il me semble que les résultats jusqu'à présent constatés, ne peuvent que nous autoriser à persévérer dans une voie où les travaux de Lorenz ont surtout contribué à nous engager.

M. Broca. — Je dirai, comme M. Brun, que la réduction peut se faire, j'en ai aussi vu des cas; j'ai des radiographies sur lesquelles on peut voir, qu'à longue échéance, la tête est restée dans la cavité cotyloïde. Mais dans l'immense majorité des cas, on obtient une transposition antérieure. Souvent, en effet, la cavité n'est pas suffisante, il n'y a rien qui fasse épaulement et maintienne la tête à sa place.

M. Brun. — Je ne veux préjuger en rien du résultat définitif; ce que je veux affirmer simplement, c'est que la réduction peut être obtenue.

M. Broca. — Il y a des radiographies qui démontrent, en effet, que la réduction peut tenir.

Sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Tuffier. — J'ai l'honneur de déposer au nom de mon interne, M. Rebreyend, l'observation suivante à laquelle j'ai fait allusion dans la dernière séance, et qui a trait à une malade opérée dans mon service.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Femme enceinte. Huit perforations intestinales. Suture des perforations. Guérison. Opération une heure trois quarts après l'accident.

A... (Pauline), dix-neuf ans, couturière. Père et mère bien portants, trois frères et quatre sœurs bien portants. Pauline n'a jamais eu de maladie depuis son enfance.

La malade est amenée à l'hôpital le 17 août à 11 heures du matin, trois quarts d'heure après s'être tiré dans l'hypocondre gauche une balle de revolver de petit calibre; la malade n'a pas présenté d'autres

symptômes qu'un vomissement bilieux pendant qu'on la transportait à l'hôpital.

Bien que très agitée, elle a toute sa connaissance et répond clairement aux questions; à l'examen direct, on trouve sous le rebord costal gauche une petite plaie ecchymotique. On s'assure rapidement que la balle n'est pas placée superficiellement sous les téguments et que le trajet est dirigé en bas et en dedans. L'examen du thorax ne dénote aucun signe anormal dans les plèvres et le poumon correspondant.

Examen de l'abdomen. — Le ventre n'est nullement ballonné, nullement hyperesthésique dans son ensemble : on constate tout d'abord les signes d'une grossesse de trois mois avouée par la malade; à la percussion, on trouve une submatité légère dans le flanc droit. Il existe une douleur peu intense, spontanée et réveillée par la pression d'une manière diffuse dans l'hypogastre et les deux fosses iliaques. Malgré l'absence de phénomènes péritonéaux et en raison de la direction du trajet de la balle, la plaie est préjugée pénétrante, et on se décide à pratiquer l'intervention immédiate.

Opération. — On commence par endormir la malade par l'éther à midi. On pratique une incision médiane se prolongeant de 5 centimètres seulement au-dessous de l'ombilic et mesurant 15 centimètres au-dessus de l'ombilic, dans le but d'éviter l'utérus gravide et de ménager sûrement la vessie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité relativement faible de sang rouge, non coagulé, libre dans la cavité péritonéale; c'est à peine si l'on trouve dans l'épiploon deux à trois petits caillots noirâtres du volume d'une fève.

L'intestin grêle est attiré au dehors et dévidé dans toute son étendue. On y découvre six perforations placées deux par deux symétriquement et d'aspect différent. Deux très petites, la balle ayant frappé normalement l'intestin. Une très grande contournant le rebord mésentérique et intéressant le mésentère. Au niveau de cette plaie mésentérique, un vaisseau de moyen calibre, perforé, paraît avoir été la cause principale de l'hémorrhagie. Enfin, en deux endroits, l'intestin est éraflé par la balle sur une longueur de 3 centimètres environ, ne se trouvant perforé qu'en un point très limité au centre de la zone contuse. Il ne paraît pas qu'il se soit produit, pendant le temps qui a précédé l'opération, d'épanchement stercoral dans le péritoine (la malade n'avait pas mangé depuis deux jours), aucune adhérence n'existait entre les anses perforées. L'aspect de l'intestin, à peine légèrement congestionné autour des deux perforations principales, était ailleurs parfaitement normal.

On note que ces anses étaient dans un état de vacuité à peu près complète. Chacune de ces plaies est suturée en deux plans. Un plan muqueux à points séparés, à la soie fine enfilée dans des aiguilles de couturière, et un plan séro-séreux, renforcé en plusieurs endroits par des points également séro-séreux plus distants. La perte de substance mésentérique est suturée avec soin et toute source d'hémorrhagie est tarie, soit par la ligature, soit en pinçant les vaisseaux dans un point de suture.

Avant de réduire, on explore rapidement le fond de l'abdomen, pour chercher, si possible, l'orifice de sortie de la balle; derrière l'utérus gravide qui gêne les mouvements, on sent et aperçoit au-dessus du promontoire une tumeur violacée pulsatile et qui, au premier abord, semble présenter de l'expansion. Craignant un anévrisme diffus par blessure des gros vaisseaux iliaques, on prend les pouls des deux fémorales, que l'on trouve normaux et égaux. Aucun trouble circulatoire du côté des membres inférieurs, aucun suintement sanguin ne venant de la profondeur; après nettoyage avec des compresses aseptiques sèches, on abandonne la recherche de la balle et l'on présume que l'on a affaire à un simple hématome sous-péritonéal soulevé par l'aorte et les gros vaisseaux iliaques. On place profondément, jusqu'au niveau de cet hématome, vers la fosse iliaque gauche, une mèche de gaze aseptique. On s'assure, avant de refermer le ventre, que la balle n'a atteint ni le grand épiploon, ni le côlon transverse, ni le côlon descendant; ni le rein ni la rate ne sont touchés.

Suture de la paroi par étage, surjet à la soie fine sur le péritoine, deuxième surjet musculo-aponévrotique, crin pour la peau.

Suites immédiates. — La malade se réveille tranquillement; on la sonde et on trouve une urine normale non sanglante. Le pouls, qui est resté très bon pendant toute l'opération, ne dépasse pas 100. Aucune douleur abdominale spontanée. Pas de vomissements pendant toute la journée, ni nausées ni hoquet; 150 grammes de sérum artificiel, caféine, champagne glacé par petites quantités; le soir, température vaginale, 37°,7. Même pouls; pilule extrait thébaïque, 5 centigrammes.

La malade revue dans la nuit est calme, même pouls; on lui a fait par précaution, pour éviter tout mouvement dangereux, une demi-piqûre de morphine.

18 *août.* — Température, 37°2. A 11 heures du matin, la malade accuse un peu de sensibilité de l'abdomen, elle présente, au cours de la journée, plusieurs vomissements verdâtres, bilieux ; dans l'intervalle de ces vomissements il n'existe aucun état nauséeux, point de hoquet : ils semblent dus à l'ingestion exagérée de liquide, que l'on ne peut réprimer autant qu'on le voudrait.

Le soir, température 37°3; le pouls s'améliore de plus en plus; la malade revue dans la nuit est très calme. Le soir, extrait thébaïque 0,05 centigrammes, sérum artificiel 1500 grammes.

19 *août.* — Rien d'anormal ne s'étant présenté du côté du ventre, on décide d'enlever la mèche; la température du matin est 37°8, il se produit encore au cours de la journée cinq ou six vomissements espacés sans aucun symptôme péritonéal, la mèche est enlevée dans l'après-midi ; malgré sa profondeur, on la retire sans grande difficulté, et sans grande douleur pour la malade. Il ne s'écoule à la suite de la mèche pas une goutte de liquide, ni séreux ni sanguin : la mèche examinée est teintée uniquement de sang franchement rouge et en partie coagulé, aucune odeur stercorale.

Le pansement permet de se rendre compte que le ventre n'est ni ballonné ni douloureux; à peine un peu plus sensible dans le flanc

gauche, qui a été le siège de toutes les manœuvres opératoires.

Pansement à la gaze aseptique; le soir température 38°2. Nuit calme; on donne toujours 0,05 centigrammes d'extrait thébaïque, on continue à donner exclusivement à la malade du champagne glacé coupé d'eau de seltz, par petites gorgées; sérum artificiel 1,500 grammes. Pendant la nuit, la malade rend quelques gaz.

20 *août*. — Température, matin 36°8; aucune espèce de douleur ni de malaise; la malade a faim et réclame des aliments : pouls entre 100 et 110, bien frappé et très régulier; aucun vomissement de la journée et la nuit; dans l'après-midi, malgré son opium, a une selle spontanée demi-liquide, aucun signe anormal ne suit cette selle; on diminue à 3 centigrammes l'extrait thébaïque et pour la première fois on ajoute à l'alimentation 75 centilitres de lait, qui sont bien supportés. Le soir 37°7; nuit calme, sommeil spontané. Leucorrhée assez abondante : injection vaginale.

Le 21 au matin, température 37°3; état général parfait. On refait une injection vaginale.

Les jours suivants, l'état général ne cesse de s'améliorer rapidement; le 25 août, au neuvième jour, on enlève les fils; la réunion est parfaite; le 27, la malade, à qui l'on a donné jusqu'alors du lait et du champagne exclusivement, commence à être prudemment alimentée; les trois premiers jours, on se contente de lui faire prendre deux œufs à la coque, un le matin et un le soir; on y joint dès le second jour un peu de mie de pain; le quatrième et le cinquième jour deux œufs à chaque repas; le sixième, pour la première fois, on lui donne une côtelette le matin et une le soir; à partir de ce jour, l'alimentation est rapidement augmentée; dans les premiers jours de septembre, la malade s'alimente normalement.

Pendant toute la suite immédiate de l'opération on n'avait observé aucun symptôme anormal du côté de l'utérus et tout faisait croire que la grossesse continuait normalement, quand le 4 septembre, la malade est prise brusquement de douleurs légères, accompagnées d'une perte de sang peu abondante. Ces symptômes continuent toute l'après-midi. La malade est passée au service d'accouchement à 6 heures du soir.

A son arrivée, on sent dans le vagin la poche des eaux descendant jusqu'au niveau de la vulve, des petits membres (les pieds) remuent dans le liquide. On rompt artificiellement la poche; le liquide qui s'échappe est normal, l'enfant est extrait vivant; il est de sexe féminin et fait des inspirations pendant environ un quart d'heure.

Aussitôt l'extraction de l'enfant, la femme perd abondamment. On donne sans résultat plusieurs injections chaudes; à 6 h. 20 l'interne de service, M. Croisier, introduit avec difficulté la main dans le vagin (étroitesse du col, résistance de la malade). On lui fait respirer un peu de chloroforme, et l'on peut pénétrer dans l'utérus. On trouve dans la corne droite le placenta inséré sur la face postérieure et complètement adhérent. L'utérus contracté rend le décollement difficile; mais grâce à l'anesthésie, l'utérus se relâche et le décollement devient possible. Le placenta est extrait en entier déchiqueté, la main intro-

duite à nouveau trouve une cavité utérine complètement vide; injection intra-utérine de quatre litres de permanganate de potasse, la malade est restée colorée; n'a eu à aucun moment de syncope. Pouls à 128; on évalue à 500 grammes la quantité de sang perdu.

Les suites de l'accouchement sont parfaitement normales; aucun écoulement sanguin ne se produit : pas de sensibilité du ventre; la malade qui se trouve parfaitement guérie, demanderait à se lever dès le troisième jour. La malade quitte l'hôpital le 22 septembre 1898.

M. Bazy. — Dans l'allusion que j'ai faite au cas de M. Faure, j'avais voulu montrer quelle peut être dans certains cas la résistance du péritoine, puisque le malade en question put se promener avec ses intestins dans son pantalon de 10 heures du soir à 6 heures du matin.

Communication.

Torsion de l'S iliaque. Occlusion. Laparotomie. Guérison,

par M. A. ROUTIER, chirurgien à l'hôpital Necker.

Il me paraît intéressant, et comme pour donner suite à l'étude que j'ai faite des torsions et inversions de l'intestin dans mon rapport sur les observations présentées ici par M. Delbet, de vous rapporter un fait personnel que j'ai pu observer en juillet dernier.

Le 29 juillet 1899, on amenait dans mon service une malade âgée de quarante-sept ans, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Habituellement bien portante, elle était cependant sujette depuis un an à des crises de coliques qui duraient quelques jours, puis disparaissaient.

Le 25 juin dernier, elle avait eu une forte crise qui l'avait tenue malade deux jours pleins.

Le 24 juillet, toujours sans cause apparente, elle avait été prise d'une douleur brusque dans le ventre, sans localisation précise; depuis ce moment, elle n'avait rendu ni matières ni gaz; la douleur en barre au niveau de l'ombilic, le ballonnement avaient progressivement augmenté.

Le 25, on lui avait donné de l'huile de ricin, qu'elle avait vomie; depuis ce moment, elle ne pouvait plus rien prendre sans vomir : mais elle n'avait pour ainsi dire pas de vomissements spontanés.

A son entrée, le ballonnement était énorme, j'en ai, je crois, rarement vu d'aussi fort.

Je recherchai vainement l'existence d'un point ou d'une région particulièrement douloureux, il n'y en avait pas. Rien aux orifice herniaires; rien par le toucher vaginal ou rectal ne pouvait éclairer le diagnostic.

Le côté droit du ventre semblait plus développé, plus ballonné que le gauche.

Avec cela, l'état général n'était pas trop mauvais, il y avait bien un peu d'hypothermie, 36°4, mais le pouls, quoique faible, ne dépassait pas 100.

En face de ces phénomènes d'occlusion absolue, qui en somme dataient de plus de quatre jours, je ne crus pas devoir différer plus longtemps, et je proposai, à cause du peu de précision de mon diagnostic, la laparotomie, que j'eus toutes les peines à faire accepter par la malade.

Le 29 juillet, à quatre heures de l'après-midi, je procédai à cette opération.

La palpation attentive du ventre sous le sommeil anesthésique ne m'apprit rien de plus. Cette fois, le côté gauche du ventre paraissait plus développé, et on sentait comme une induration au-dessus de l'ombilic.

C'est guidé par cette sensation que je pratiquai une incision médiane sus-ombilicale.

Je tombai sur un gros intestin extraordinairement dilaté; l'exploration visuelle était impossible, l'exploration manuelle très difficile, cependant, il me sembla que cet intestin très-dilaté plongeait vers le petit bassin.

J'agrandis mon incision jusqu'au pubis, maintenant avec peine cette anse énorme, certainement du volume de la cuisse; c'était l'S iliaque devenue médiane et verticale, débordant même un peu plus à droite qu'à gauche la ligne médiane.

Le côlon transverse très dilaté lui aussi et plus gros que le bras, formait barre transversale; et dans la fosse iliaque droite, le cæcum lui aussi était très distendu; on ne voyait pas la continuité entre les trois portions du gros intestin.

Quelques anses seulement de l'intestin grêle étaient dilatées, dans la région inférieure et droite du ventre.

Suivant avec la main cette S iliaque monstrueuse, j'arrivai jusque dans le petit bassin; là, je fus brusquement arrêté par un obstacle circulaire, à bords vifs; on aurait dit que cet intestin, démesurément distendu, plongeait dans un anneau qui l'étranglait.

En cherchant à me rendre compte des rapports de cet anneau, je m'aperçus bien vite et pus faire constater *de visu* à mes aides que c'était le fait d'une torsion de cet intestin, torsion de gauche à droite, et que le rebord de ce semblant d'anneau était formé par le méso qui, suivant cette torsion de gauche à droite, passait au-devant de l'intestin en faisant corde.

Remontant alors par en haut pour tâcher de découvrir le point de jonction de cette S iliaque avec le côlon transverse qui était, quoique très distendu, égal tout au plus au tiers de son volume, j'arrivai jusque

sous le rein gauche, où brusquement l'anse diminuait de volume et se trouvait tordue.

C'était donc une torsion de l'S iliaque dont le méso très lâche avait permis cette évolution ; tordue de gauche à droite, cette anse débordait la ligne médiane à droite, et cachait toute, ou la plus grande partie du paquet intestinal ; j'ai dit qu'elle avait au moins le volume de la cuisse.

En cherchant à détordre cette anse, je m'aperçus que j'étais surtout gêné par une masse qui remplissait l'hypocondre gauche et qui n'était autre que la masse de l'intestin grêle, passé par-dessus au niveau de la torsion supérieure.

Je détordis l'anse S, et aussitôt, le rectum mis à nu se gonfla et se remplit de gaz sans toutefois atteindre l'énorme dimension de l'S iliaque.

En comprimant cette anse, je provoquai la sortie bruyante de gaz par l'anus ; bientôt des matières fécales liquides, en purée noirâtre, s'échappèrent.

Pour faciliter cette sortie, je fis introduire dans le rectum deux gros drains, comme le pouce, placés en canon de fusil; par un de ces deux drains, on donnait une douche d'eau bouillie salée à 7 p. 100; en même temps, je comprimais les diverses parties de ce gros intestin distendu.

Je pratiquai ainsi la vidange du gros intestin qui outre les gaz, contenait plusieurs bassins de matières fécales liquides d'un odeur infecte.

Grâce à cette manœuvre, l'S iliaque, le côlon, le cæcum reprirent peu à peu une dimension presque normale, et je pus espérer pouvoir faire la suture de l'abdomen, ce qui eût été certainement impossible si je n'avais pas pu réduire le ballonnement primitif.

De plus, il me fut possible, et même facile, de remettre l'intestin grêle à sa place, en le faisant passer de gauche à droite au devant, au-dessus et à droite de l'S iliaque qui reprit ses rapports accoutumés.

Il n'y avait pas d'épanchement dans l'abdomen, pas de fausses membranes; l'intestin était seulement très congestionné, noirâtre d'aspect, avec un développement tout à fait anormal de ses vaisseaux ; les veines surtout faisaient saillie et étaient particulièrement distendues.

Le méso détordu ne présentait rien de spécial à noter, si ce n'est son extrême laxité.

Je refermai le ventre dont le volume, au dire de mes assistants, était bien diminué des trois quarts.

Les deux drains conservés dans le rectum laissèrent échapper encore des gaz le pansement fini.

Avant de remettre la malade dans son lit, je refis un lavage du gros intestin, qui amena encore des gaz et des matières.

Dans la nuit, la malade eut une forte débâcle; elle rendit encore plusieurs bassins de matières fécales en purée; le lendemain matin, elle avait 37 degrés et 80 pulsations, elle demandait à manger.

Il y eut encore d'abondantes évacuations les jours suivants, puis la convalescence s'établissait, et elle sortait guérie sans le moindre incident le 30 août, c'est-à-dire un mois après son entrée.

Je me suis trouvé en face d'une torsion, d'un volvulus de l'S iliaque; cette portion du gros intestin, lâchement reliée à la paroi par un

méso trop long, a pu exécuter un tour de spire complet, de gauche à droite; elle a quitté la fosse iliaque gauche pour occuper la ligne médiane et même la dépasser vers la droite; la torsion était accentuée aux deux extrémités de l'anse, de telle façon qu'à la partie inférieure, le méso tordu passait au-devant de l'intestin et simulait un anneau, une corde de l'épaisseur du doigt.

La portion du gros intestin comprise entre les deux points de torsion avait pris un développement que jamais je n'avais encore rencontré; au-dessus du point de torsion supérieur, qui siégeait sous le rein droit, à l'angle du côlon ascendant et descendant, la distension de l'intestin, tout en étant aussi très accentuée était beaucoup moindre, le côlon transverse était gros comme le bras; la distension du cæcum était elle-même un peu moindre, enfin les dernières portions du grêle étaient seules distendues, les anses qui étaient passées par-dessus le gros intestin dans la fosse iliaque gauche n'étaient pas très ballonnées.

Par quel mécanisme un pareil accident a-t-il pu se produire? Je me heurte pour en donner une explication aux mêmes difficultés que dans les cas de Delbet sur lesquels j'ai fait ici un rapport;

Faut-il expliquer par des débuts de torsion ces crises de coliques qui fatiguaient la malade depuis un an environ? J'y suis assez disposé, mais c'est une hypothèse.

La laxité évidente du méso est une condition de la possibilité de la torsion, non une cause.

Je n'ai pu non plus trouver une explication ni dans les antécédents pathologiques de cette femme ni dans un effort ou un mouvement qu'elle aurait fait au moment de l'explosion des accidents.

Le diagnostic n'était pas possible, et certainement je me retrouverais en face d'un cas pareil sans pouvoir préciser plus que je ne l'ai fait alors la nature de l'affection. Du reste, c'est ce qui arrive trop souvent dans les occlusions intestinales aiguës, et ici même, nous avons été en assez grand nombre, d'accord sur ce point de la difficulté ou de l'impossibilité d'établir un diagnostic complet.

Mais si je n'étais pas arrivé cliniquement au diagnostic précis de la cause de l'occlusion, au moins, ai-je suivi rapidement la conduite qu'il faut tenir dès qu'on a reconnu une occlusion, et qu'on n'en connaît pas la cause : j'ai fait la laparotomie.

Fort heureusement pour la malade, sans doute aussi à cause de la variété d'occlusion qui existait, malgré le temps écoulé (quatre jours) depuis le début des accidents, malgré une purgation, elle n'avait pas encore de péritonite déclarée, et j'ai pu la guérir par mon intervention.

Toute temporisation aurait, je crois, été funeste; ni un purgatif ni un lavement électrique n'auraient pu détordre cet intestin; il est probable, au contraire, que toute contraction intestinale un peu active n'aurait fait qu'aggraver la situation.

Ce fait confirme une fois de plus la doctrine que j'ai toujours défendue, à savoir que, dans l'occlusion intestinale, il faut aller vite, et que lorsqu'on ne connaît pas la nature de l'obstacle, il faut aller le chercher.

M. Michaux. — Je voudrais rappeler à ce sujet une observation qui a été présentée au Congrès de Lyon, c'est l'observation d'un volvulus, d'une anse volumineuse de l'S iliaque. J'insiste à ce sujet sur le bénéfice que l'on tire dans l'occlusion de l'incision de l'intestin. On peut, en effet, à cause du météorisme, être très gêné dans la laparotomie. Je trouve qu'il est alors simple dans ce cas d'amener au dehors l'intestin que l'on incise; on chasse, par cette incision, les gaz et les matières. Ceci fait, on peut aisément faire le diagnostic qui n'était pas possible auparavant. C'est une pratique excellente que cette incision; j'y ai eu recours avec succès dans ce cas de volvulus.

Dans ces cas, Roux, de Lausanne, pour éviter la reproduction des volvulus, indique une petite précaution qui consiste à fixer l'intestin, car il est vraisemblable que, alors, le méso est un peu trop long. Roux rapporte, dans son mémoire, une observation intéressante, où une malade opérée de volvulus fut, dans la suite, reprise d'accidents. Je n'ai pas eu l'occasion de prendre cette précaution.

Je crois que M. Hartmann a présenté, depuis, plusieurs observations du même genre.

Je crois, en effet, comme M. Routier, que quatre jours après l'éclosion des accidents, il est bien temps d'y remédier, mais pour ces occlusions basses, on voit les malades les supporter sans trop de réaction pendant cinq et six jours.

Autant les accidents seront rapides si l'occlusion est haute, autant ils seront faibles si l'étranglement siège bas.

M. Delbet. — Je ne suivrai pas M. Michaux dans l'histoire de l'occlusion intestinale, mais je veux vous rapporter l'observation d'un volvulus de l'S iliaque que j'ai opéré il y a cinq ou six ans, chez un enfant de onze ans. Les accidents avaient débuté cinq jours auparavant. L'enfant était hors Paris, ce qui fait que je ne pus l'opérer que le lendemain : il est mort.

Les constatations ont été en tout point semblables à celles de M. Routier. Le ballonnement du ventre était énorme et total, si

bien que je croyais l'intestin grêle distendu en totalité. Or, il ne l'était pas du tout, c'était seulement l'S iliaque qui ballonnait le ventre.

Obalinsky a déjà dit que l'anse étranglée seule se dilate. Grâce à cette vacuité de l'intestin grêle, je pus sortir l'S iliaque, pas tout à fait tordue d'un tour de spire ; j'ai pu aisément la détordre, et la circulation intestinale a été subitement rétablie et s'est manifestée par une abondante évacuation de gaz et de matières fécales. Cet enfant, opéré seulement le sixième jour, et dans un très mauvais état général, a succombé. J'insiste sur ce ballonnement énorme, produit par une seule anse d'intestin distendue, sur la facilité de reconnaître cette torsion quand on sort l'anse au dehors et sur la facilité de réduction. Il est évident que les étranglements portant sur la fin de l'intestin entraînent un pronostic moins grave.

M. Walther. — Je veux apporter un fait qui confirme la symptomatologie attribuée à ces torsions de l'S iliaque.

En 1894, je fus appelé, comme chirurgien de garde, à voir une nuit, à l'hôpital Tenon, un garçon de quinze à vingt ans qui présentait une occlusion très nette avec un ballonnement considérable. Je fis immédiatement la laparotomie.

A peine la paroi incisée, une anse d'intestin se présenta entre les lèvres de la plaie, se précipitant au dehors avec une violence telle que notre premier mouvement, à mes aides et à moi, fut de comprimer avec nos mains cet intestin distendu comme un ballon pour l'empêcher d'éclater. Je fis une ponction avec une aiguille d'aspirateur de Dieulafoy, munie de son tube de caoutchouc, pour évacuer le contenu de l'intestin à distance du champ opératoire. Par cette ponction, s'échappèrent des gaz et des liquides ; peu à peu, l'anse revint sur elle-même. J'enlevai l'aiguille, fis une suture en surjet à la soie fine, détordis l'S iliaque tordue dans le sens des aiguilles d'une montre, et réduisis.

Je tiens à insister sur ce fait, qui montre que la distension de l'intestin peut être énorme au point qu'on peut craindre de le voir éclater, et je crois qu'en pareil cas, la ponction de l'intestin permet d'une façon plus simple et plus sûre que l'incision, l'évacuation et la réduction de l'anse intestinale.

M. Robert. — J'ai eu à observer trois cas de torsion du gros intestin.

Dans un premier cas, la mort est survenue brusquement, à peine douze heures après le début des phénomènes d'étranglement : il s'agissait d'un adjudant qui, venu de Tours et rentrant

le soir au camp d'Azay-le-Rideau, fut surpris dans le trajet par une pluie torrentielle et glaciale et éprouva des coliques violentes qui le forcèrent à s'arrêter au village d'Azay, à deux kilomètres du camp. Là il s'alita à l'auberge où le médecin du bataillon, appelé sur-le-champ, reconnut la gravité de l'affection et prit les dispositions nécessaires pour faire transporter d'urgence le malade à l'hôpital mixte de Tours.

Pendant le trajet, vomissements fréquents, refroidissement et collapsus. Dès l'arrivée à l'hôpital, à 10 heures du matin, on constate tous les symptômes d'une obstruction intestinale suraiguë, ventre ballonné, face grippée, absence de pouls; mort après quelques instants.

A l'autopsie, dès l'ouverture de la paroi abdominale, le gros intestin, distendu et volumineux comme un gros corps de fourneau, fait irruption hors de l'abdomen, et il est facile de constater que l'obstacle siège au niveau du promontoire, où il existe un pédicule formé par la torsion de l'S iliaque dont l'anse est distendue sur une longueur de 40 centimètres.

La détorsion très facile de cette anse amène la dissémination des gaz dans les portions voisines du gros intestin et permet de constater que la réduction du volvulus aurait été réalisée très facilement si l'on avait pu intervenir à temps.

Les renseignements recueillis dénotaient une santé générale toujours satisfaisante et l'absence de troubles intestinaux antérieurs.

Le deuxième cas qui s'est présenté à mon observation, concerne un officier supérieur qui, étant en permission à Paris, fut pris brusquement de coliques intestinales violentes et qui entra à l'hôpital du Val-de-Grâce le 8 décembre 1894, vers 6 heures du soir, six jours environ après le début des accidents.

Le tympanisme abdominal étant excessif, il était impossible de déterminer par la palpation le point le plus résistant et le plus douloureux ; des contractions très pénibles de l'intestin accompagnées de hoquet se manifestaient à courts intervalles, ne laissant que quelques minutes de répit; pouls régulier, à 70, température 36°5, pas de vomissements, pas de garde-robe depuis huit jours.

Le lendemain, à 8 heures du matin, laparotomie.

L'incision sous-ombilicale donne issue à 200 grammes de liquide séreux louche; les anses intestinales distendues soulèvent l'épiploon recouvert à sa surface d'exsudats généralisés à toute la masse intestinale. La main introduite rencontre au niveau du promontoire une bride se dirigeant vers l'S iliaque.

L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic pour faciliter l'exploration; une anse considérablement distendue présentant à

sa surface des appendices graisseux s'échappe de l'abdomen; elle offre le diamètre d'une tête de fœtus; pour atteindre la bride située au-dessous, il faut la ponctionner au bistouri. L'anse s'affaisse alors et la plaie intestinale de dégagement est ensuite fermée par huit points de suture en anse, recouverts d'un deuxième étage de points de Lembert. Ayant alors nettement constaté l'existence de la torsion de l'anse près du promontoire, je me rends compte du sens de la torsion et je fais subir à l'S iliaque une évolution de gauche à droite qui détord un premier tour, mais ne libère pas complètement l'intestin. Une deuxième évolution est nécessaire pour remettre l'intestin en position normale; on voit aussitôt les gaz franchir les points d'occlusion; alors je remarque sur le point tordu de longues éraillures de la séreuse par lesquelles la muqueuse et la musculeuse font hernie. Pour éviter une rupture complète au moment de la réduction de l'anse, une nouvelle ponction avec gros trocart est pratiquée et laisse échapper une certaine quantité de matières et de gaz, ce qui permet de réduire sans effort et sans rupture l'anse comprise dans le volvulus.

L'état de friabilité de l'intestin au niveau du pédicule de torsion ne me permettant pas d'espérer une réunion parfaite à l'aide de sutures faites à ce niveau, je referme l'abdomen après toilette du péritoine. L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Dans la journée, les souffrances semblent calmées, mais la péritonite poursuit sa marche et l'opéré succombe dans la nuit, après une débâcle qui inonde le lit de matières fécales noirâtres et fétides.

A l'autopsie, on constate que les sutures intestinales sont étanches et que la zone qui correspond au tour de spire présente en deux points, distants de 3 centimètres, une double éraillure de la séreuse, longue de 5 centimètres environ, déjà constatée au moment de l'opération, éraillure par laquelle auront sans doute filtré les microorganismes putrides de l'intestin.

Le troisième cas se rapporte à un détenu en traitement au Val-de-Grâce pour adénite tuberculeuse et qui, atteint de volvulus de l'S iliaque, succomba le sixième jour sans avoir présenté de vomissements fécaloïdes. L'adénite cervicale me donna lieu de croire à l'existence d'une péritonite tuberculeuse ayant subi une poussée aiguë et me détourna d'une intervention. L'observation, très détaillée, a été présentée, par M. Catrin, professeur agrégé au Val de Grâce, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 octobre 1894).

Enfin, dernièrement, j'ai eu à opérer un officier atteint depuis huit jours de phénomènes d'obstruction intestinale avec symptômes généraux peu accusés; il s'agissait d'une appendicite soup-

çonnée et ancienne avec péritonite de voisinage et torsion d'une anse de l'intestin grêle voisine du cæcum. En cherchant à lever l'obstacle, j'ai déchiré l'anse au niveau du nœud de torsion et j'ai dû établir un anus contre nature. Le huitième jour, l'opéré a succombé à l'épuisement.

Les pièces nécropsiques, examinées avec le plus grand intérêt à la Société anatomique, vous seront présentées à la prochaine séance.

Rapports.

Anévrisme artérioso-veineux fémoral. Quadruple ligature et extirpation du sac. Guérison,

par M. Collin, médecin-major au 63e d'infanterie.

Rapport par M. CHAUVEL.

L'observation qui nous a été adressée par M. le Dr Collin est intéressante, puisque, d'après les recherches de l'auteur, c'est le troisième cas d'anévrisme artério-veineux fémoral superficiel traité par la quadruple ligature suivie de l'extirpation du sac. Le blessé, lieutenant âgé de vingt-neuf ans, reçut, le 4 décembre 1897, à 50 centimètres de distance environ, une balle de revolver Flobert qui, pénétrant à la partie externe de la cuisse droite, traversa l'épaisseur du membre et vint se loger sous l'aponévrose de la face interne à 4 centimètres au-dessous du pli fessier. Sentie par le patient au bout de six jours seulement, elle fut extraite le neuvième jour sans aucune difficulté.

Les plaies étaient presque fermées quand, le 20 décembre, l'officier remarqua un bruit qui se produisait en appliquant la main sur la région antérieure de la cuisse; un anévrisme artérioso-veineux fut constaté au sommet du triangle de Scarpa, se décélant par le thrill et le souffle continu avec renforcements.

On décida, pour permettre au blessé de continuer sa carrière, d'intervenir immédiatement, et la quadruple ligature suivie d'extirpation du sac anévrismal fut adoptée comme la méthode la plus sûre. L'opération pratiquée le 3 janvier 1898 s'exécuta rapidement pour les ligatures. Mais l'extirpation du sac donna lieu à une hémorragie veineuse qui nécessita la pose d'une cinquième ligature comprenant à la fois, nous dit M. Collin, les vaisseaux collatéraux et les bouts inférieurs de l'artère et de la veine au-dessus des premières ligatures.

La guérison se fit sans incident, et le lieutenant X... a repris son service, le membre inférieur ayant conservé l'intégrité de ses fonctions. On nota seulement une demi-anesthésie du mollet avec léger engourdissement et de la dilatation des veines superficielles durant les premières semaines.

Le dessin joint à l'observation montre que l'artère ainsi que la veine fémorale superficielle avaient été nettement perforées par la balle; la poche anévrismale formée par la gaine des vaisseaux dont elle occupait le côté antéro-interne, atteignait à peine les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le fait de M. le Dr Collin vient à l'appui des préceptes posés par notre collègue, M. Delbet, et qui tendent de plus en plus à entrer dans la pratique. Je vous demande d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

Nouveau point pour les sutures profondes sans fils perdus, par M. le Dr René Gauthier (de Luxeuil).

Rapport de M. Paul BERGER.

M. le Dr René Gauthier (de Luxeuil) nous a présenté un mode ingénieux de suture destiné à assurer la coaptation des parties profondes et leur adhésion intime, sans laisser de fils enfouis dans les tissus. Voici comment M. Gauthier décrit lui-même sa suture :

Le point, dit-il, que j'emploie est le point de machine à coudre; il se fait à deux fils et constitue une suture qui lâche tout entière dès qu'un des fils est coupé.

Supposons au-dessous de la peau incisée un plan fibreux à réunir par la suture profonde : pour opérer cette réunion, deux crins de Florence (ou deux fils de soie) sont nécessaires.

Vers l'une des extrémités de l'incision cutanée, dans l'une de ses lèvres, on fait passer les deux crins isolément à un centimètre l'un de l'autre environ, de telle sorte que l'anse qu'on formerait en les nouant soit parallèle à l'incision de la peau. Ils pénétreront par exemple tous deux à gauche de l'extrémité de l'incision; l'un est plus près de cette extrémité, c'est le grand fil; l'autre est d'un centimètre environ plus rapproché du milieu de l'incision, c'est le petit fil. Le grand fil, après la peau, traverse de dehors en dedans la lèvre gauche de division du plan fibreux qu'il s'agit de réunir, puis sa lèvre droite de dedans en dehors.

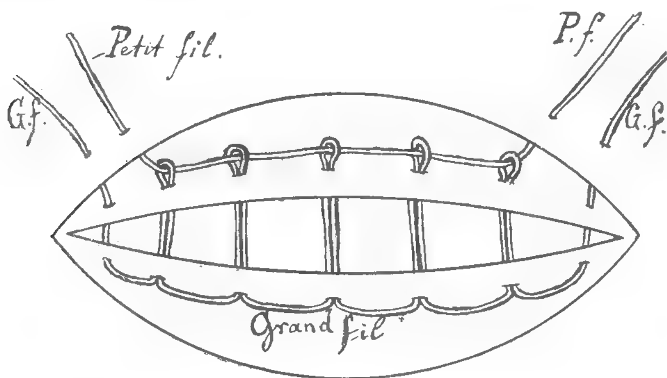
Avec une aiguille de Reverdin, introduite par la lèvre opposée de la

plaie, on vient alors reprendre ce fil et on lui fait traverser en double, un peu plus loin, la lèvre droite de dehors en dedans, puis la gauche de dedans en dehors. Dans la boucle ainsi formée sur la gauche, on passe le petit fil, puis on recommence un peu plus loin, engageant à travers la lèvre droite de dehors en dedans et la gauche de dedans en dehors, de nouvelles boucles du grand fil, dans lesquelles on fait chaque fois passer le petit fil pour les arrêter.

A l'extrémité opposée de l'incision, on fait ressortir les deux fils à la peau du même côté, et de la même manière qu'on les y avait fait pénétrer au commencement de la suture : en tirant sur leurs extrémités, en les nouant solidement, les deux lèvres du plan fibreux se trouvent rapprochées et maintenues au contact par leur face profonde.

Quand on veut retirer la suture, on coupe le petit fil, on le retire, et les boucles du grand fil, que rien ne retient plus, s'effacent, et ce fil peut être retiré à son tour.

Une figure, plus claire que cette description, en rend l'intelligence très aisée : on voit qu'un des fils repose sur la face extérieure d'un des bords de la solution de continuité du plan fibreux qu'il faut réunir; il envoie au travers de cette lèvre un certain nombre d'anses qui traversent le champ de l'incision, traversant de dedans en dehors la lèvre opposée de ce plan en constituant autant de boucles, au travers desquelles passe un autre fil qui longe la face extérieure de cette autre lèvre; les extrémités des deux fils sont passées au travers de la peau et nouées ensemble après avoir été serrées jusqu'à ce que les lèvres du plan fibreux divisé aient été ramenées au contact.



Pour éviter que les fils ne coupent la peau au niveau du point où on les noue, il est bon d'interposer entre celle-ci et le nœud que l'on fait un petit bourrelet de gaze stérilisée.

M. Gauthier propose de superposer autant de plans de suture disposés de la sorte qu'il y a de plans fibreux à réunir.

Le procédé de suture de M. Gauthier est ingénieux; il est d'une exécution rapide; compliqué dans la description, il semble en réalité facile à appliquer au moins dans les régions où les plans profonds sont accessibles sur toute leur surface et anatomiquement bien distincts; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans la cure radicale des hernies crurales et même des hernies inguinales, pour laquelle M. Gauthier le propose, il rencontrerait souvent de réelles difficultés pratiques.

Sans en aborder le détail, je signalerai seulement un inconvénient qui tient au procédé lui-même et qui peut être une cause d'échec.

Le point employé par M. Gauthier est le point de la machine à coudre : or, nous savons tous que les coutures faites à la machine lâchent sur toute leur longueur dès que le fil est coupé ou qu'il s'est relâché en un point; M. Gauthier ne l'ignore pas, et c'est cette particularité même qui lui permet de retirer ses fils; mais il en résulte aussi que si le fil vient à couper les tissus en un point de son trajet, et par conséquent à se relâcher en ce point, la suture entière se relâchera et les lèvres de la plaie profonde ne seront plus efficacement maintenues au contact.

Je ne refuserais pas néanmoins d'essayer ce mode de suture dont la simplicité est réellement séduisante si je n'avais à faire des objections beaucoup plus graves, des objections de fond, au principe même sur lequel elle repose.

Je doute très fort que, dans la réunion des parties profondes et particulièrement des tissus fibreux, les sutures temporaires soient suffisantes pour assurer un résultat permanent. Il faut un temps très long pour que les plans aponévrotiques, mis au contact par la suture, contractent des adhésions capables de résister aux tractions qu'exercent sur les bords de la ligne de réunion, les puissances musculaires qui s'y insèrent, et à la poussée des vicères abdominaux. Cette considération s'applique surtout aux régions qui donnent passage aux hernies inguinales et crurales, régions qui constituent des points faibles de la paroi abdominale latérale. Pour être assuré que la reconstitution des plans profonds de cette paroi sera durable, il faut que le contact des parties que l'on a réunies soit intime et très prolongé. Le catgut lui-même, à mon avis, se relâche et se ramollit trop vite pour remplir d'une manière suffisante cette indication essentielle. A plus forte raison n'ai-je pas cru devoir me rallier aux procédés intéressants et séduisants en apparence, dans lesquels des sutures métalliques ou autres, établies au travers des tissus profonds, sont retirées au bout de

quelques jours. Je ne méconnais pas l'inconvénient de laisser des sutures perdues dans la profondeur de la surface de réunion; mais malgré les ennuis auxquels cette pratique expose, je crois qu'il vaut mieux les subir en assurant à l'opéré le bénéfice d'une réunion absolument solide et d'un résultat définitivement acquis et ne pas s'exposer à remplir d'une manière incomplète le but lui-même de l'opération.

Aussi dans la grande majorité des réunions profondes, en particulier des réunions profondes de la paroi abdominale dans les opérations de cure radicale, ai-je conservé l'emploi des sutures profondes faites à la soie; et qu'il me soit permis d'ajouter qu'en employant des précautions suffisantes, je suis arrivé à voir les complications tardives dues à ces sutures, trajets fistuleux persistants, élimination de fils, devenir tout à fait exceptionnelles.

Telle est la raison pour laquelle je ne conseillerai pas d'avoir recours au procédé de suture que nous a communiqué M. Gauthier pour la réfection de la paroi abdominale dans les opérations de cure radicale de hernies; mais en dehors de ce cas, il est capable de recevoir d'utiles applications dans les circonstances où l'adhésion des parties divisées ne réclame pas une contention aussi exacte et aussi prolongée. Comme je le disais en commençant, la suture de M. Gauthier repose sur un principe ingénieux et d'une application très simple, et elle mérite d'être mise à l'épreuve dans les cas où l'on jugera opportun l'emploi de sutures profondes amovibles.

M. Guinard. — Voici une suture plus simple que je mets surtout en pratique après les opérations d'appendicite à froid. Avec une aiguille de Reverdin, je fais passer une anse de fil en laissant la boucle d'un côté, je fais passer autant de boucles qu'il est utile pour fermer la plaie. J'introduis dans ces boucles, qui sont toutes du même côté, un énorme rouleau de gaze et je noue les chefs libres de l'autre côté.

M. Pozzi. — C'est la suture enchevillée. Il y a douze ans que je l'emploie.

M. Berger. — Il ne s'agit pas, dans le procédé de M. Gauthier, d'un mode de réunion totale de la plaie, mais de la réunion des parties profondes par une suture temporaire, disposée sous la peau et présentant l'avantage de ne pas permettre une infection secondaire.

L'enchevillement avec les gros rouleaux distend les fils qui coupent par leur tendance à l'écartement et permettent ainsi une infection facile.

M. Pozzi. — Il est facile d'obvier à cet inconvénient en faisant un nœud simple ou en entrecroisant seulement les fils avant de passer le rouleau; quand on est bien aseptique, on n'a pas du reste à craindre les infections secondaires.

Hernie congénitale à double sac du cæcum, étranglement, cure radicale, sphacèle du testicule. Guérison.

par M. le Dr Couteaud, médecin principal de la marine, à Cherbourg.

Rapport par M. PAUL BERGER.

Sous ce titre, M. Couteaud vous a communiqué une observation qui serait des plus intéressantes, si la disposition anatomique exceptionnelle qui y est mentionnée plutôt que décrite, avait été précisée avec toute la rigueur anatomique nécessaire.

Il s'agissait d'un militaire de vingt-trois ans, qui venait de subir une tentative de cure radicale pour une hernie scrotale droite, apparue dans son enfance à l'âge de dix ans; l'opération était restée incomplète, le chirurgien qui l'avait pratiquée n'ayant pu trouver le sac herniaire.

Un mois et demi après, la hernie sort de nouveau, grosse comme une tête de fœtus à terme et s'étrangle aussitôt. M. Couteaud procède à l'opération vingt-quatre heures après le début des accidents : je reproduis ici les termes de l'observation :

Je mène une incision de 20 centimètres du niveau de l'orifice péritonéal du canal inguinal droit jusqu'au fond du scrotum; la dissection couche par couche me conduit sur la tunique vaginale en continuité manifeste avec la séreuse péritonéale; je l'incise et je trouve, entourant la hernie, une enveloppe membraneuse, mince, rouge vineux en dehors, mauve en dedans, qui semble se confondre à la partie inférieure avec la tunique séreuse du cæcum. C'est bien, à n'en pas douter, un deuxième sac enfermé dans le canal vaginal. Son incision donne issue à environ un verre de liquide séro-sanguin foncé, d'odeur fécaloïde, je découvre de la sorte le cæcum muni de son appendice ainsi que la terminaison de l'intestin grêle et le commencement du côlon ascendant.

Je passerai rapidement sur la suite de l'observation; M. Couteaud trouvant l'intestin suspect, le fixe dans le sac par un point de suture temporaire; le lendemain, les doutes sur la vitalité de l'intestin ne s'étant pas confirmés, il réduit celui-ci et pratique la

cure radicale « en disséquant le canal péritonéo-vaginal jusqu'au pourtour de l'anneau profond, et en le sectionnant à ce niveau après l'avoir lié avec deux fils de catgut croisés; le reste du canal fut dégagé du cordon, excisé dans sa partie moyenne, et suturé en bourse au-dessus du testicule pour reconstituer une tunique vaginale. »

Le malade guérit, mais perdit son testicule par gangrène.

M. Couteaud termine sa communication, par la réflexion que voici :

Les observations de hernie du cæcum à double sac sont fort rares. Il s'agissait ici d'une hernie vaginale funiculaire, séparée sans doute du testicule par une cloison qui se laissa distendre par l'intestin refoulé par la pression abdominale en constituant une variété de la hernie enkystée d'Astley Cooper. Ce mécanisme, admis pour la hernie de l'intestin grêle, me semble aussi bien applicable à la hernie du cæcum.

Malheureusement, la disposition exceptionnelle observée par M. Couteaud ne peut s'expliquer par ce mécanisme. Comment sont constituées ces hernies enkystées dues à la pénétration, dans la tunique vaginale distendue par une hydrocèle, d'une hernie pénétrant dans la partie supérieure, funiculaire, persistante du conduit péritonéo-vaginal et refoulant dans la vaginale la cloison résultant de l'oblitération qui s'est produite entre cette partie supérieure du conduit vagino-péritonéal encore perméable en haut, et la tunique vaginale transformée par ce cloisonnement en une cavité close? La dissection ouvre d'abord une cavité parfaitement close, renfermant un liquide clair et sur les parois de laquelle on trouve appendus le testicule et l'épididyme; c'est la cavité de la tunique vaginale, au sommet, dans l'intérieur, ou sur une des parois de laquelle bombe une saillie fortement tendue dont l'incision donne accès dans une seconde cavité, enkystée dans la première, qui est le véritable sac herniaire, renfermant les viscères, qui peuvent être l'intestin grêle, le gros intestin, l'épiploon, et qui seule communique avec le péritoine. Mais dans le fait communiqué par M. Couteaud, c'était la cavité extérieure, engainante, qui communiquait avec le péritoine, et qui représentait la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal non oblitéré; la hernie enkystée qui renfermait le cæcum n'était donc pas constituée par la pénétration de cet intestin dans la partie supérieure du conduit péritonéo-vaginal, mais dans une cavité distincte. Quelle pouvait être celle-ci? Le sac d'une hernie acquise, glissant au travers du trajet inguinal en arrière du processus péritonéo-vaginal non oblitéré, et venant faire saillie dans la cavité d'une

hydrocèle congénitale : Astley Cooper nous a laissé la description d'un fait où cette disposition exceptionnelle était manifeste; mais trop de points sont passés sous silence dans l'observation de M. Couteaud, pour que nous puissions savoir si la hernie qu'il a opérée appartenait à cette variété; il ne nous dit ni quelle était la situation précise du testicule par rapport aux deux cavités séreuses qu'il a successivement ouvertes, ni quelles étaient les relations de la seconde avec le péritoine. Dans le doute où cette incertitude nous laisse, nous ne pouvons qu'enregistrer ce fait, assurément intéressant quoique incomplet, avec ses lacunes, en nous demandant même s'il s'agit bien ici d'un cas de hernie enkystée d'Astley Cooper et de Bourguet d'Aix, ou si l'auteur n'a pas eu affaire à une hernie étranglée du cæcum dont le sac s'était cloisonné d'une manière irrégulière à la suite des tentatives avortées de cure radicale dont cette hernie avait été le siège quelques semaines auparavant.

M. P. Michaux. — J'ai présenté il y a quelques années à la Société de chirurgie une petite pièce de hernie péritonéo-vaginale enkystée d'Astley Cooper qui se rapporte peut-être à l'observation que vient de citer M. Berger.

Le cul-de-sac péritonéo-vaginal était oblitéré dans ses deux derniers étages; la cloison qui le séparait de la vaginale était complète et bien fermée, mais au niveau du diaphragme inférieur correspondant à l'orifice extérieur du canal inguinal, le centre de ce diaphragme était ouvert et constituait l'orifice d'un petit sac secondaire inclus dans le premier et en continuité directe avec la cavité péritonéale.

M. Kirmisson. — Comment y a-t-il eu sphacèle du testicule ?

M. Berger. — Je n'en sais rien, il se peut qu'on ait lié les vaisseaux du testicule. Pour ma part, je n'ai jamais eu de gangrène, mais j'ai eu quelquefois de l'atrophie.

La disposition signalée par M. Michaux est assez commune.

Je l'ai vue dans un cas de hernie enkystée. En ouvrant cette hernie, j'ai rencontré dans sa cavité un appendice comparable à l'appendice iléo-cœcal, mais gros et graisseux; je l'incisai; c'était un second sac contenant de l'épiploon irréductible quoique non adhérent. L'épiploon avait déprimé la première cloison de l'oblitération du conduit vagino-péritonéal et avait fait ainsi hernie dans la vaginale. Au contraire, la disposition signalée par M. Couteaud est différente.

M. Lucas-Championnière. — Ce cas est intéressant, mais on trouve tout dans les hernies congénitales, à propos desquelles on pourrait faire toutes les descriptions possibles. J'ai observé la grangrène du testicule. On professait à une époque que, dans les cas d'ectopie testiculaire, il fallait supprimer le testicule et faire ensuite la cure radicale de la hernie.

J'ai essayé et réussi à conserver le testicule et à le faire descendre en détruisant toutes les parties molles qui entourent le canal déférent et en ne conservant que lui. Mais dans quelques cas, j'ai eu de la nécrose du testicule.

M. Berger. — Je n'ai pas vu de gangrène; cependant deux fois j'ai touché au canal déférent, que j'ai sectionné une fois et une autre fois réséqué. Je me suis borné à suturer le canal déférent et je n'ai pas eu d'atrophie.

M. Lucas-Championnière. — En opérant des hernies de nuit, pendant mes gardes du Bureau central, j'ai coupé denx fois le canal déférent. Une fois, j'ai sacrifié le testicule, une autre fois je l'ai conservé sans nécrose. Les lésions vasculaires me paraissent beaucoup plus dangereuses que celles du déférent.

M. Bazy. — Je suis absolument de cet avis aussi, quand on veut provoquer l'atrophie du testicule, il faut lier le cordon en masse et ne pas se contenter de sectionner le canal déférent.

Présentations de malades.

Résection ancienne de la diaphyse tibiale pour ostéomyélite. Défaut de reproduction de l'os. Fracture du péroné. Difformité consécutive. Redressement par résection du péroné. Guérison.

M. Walther. — Le malade que je vous présente a eu en 1895, à l'âge de quinze ans, une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia gauche. On lui fit à ce moment une trépanation du tibia, puis, deux mois plus tard, une nouvelle opération qui semble avoir été une résection de toute l'épaisseur de la diaphyse tibiale sur une hauteur de 6 centimètres, d'après le dire du malade. Deux mois plus tard fut appliqué un appareil silicaté; un mois après il marchait d'abord avec des béquilles, puis avec une canne, enfin sans aucun soutien. Il a même pu faire depuis lors de la bicyclette.

En janvier 1898, en courant derrière un tramway, il fit un faux pas, se tordit le pied en dedans, ressentit une douleur à la face externe de la jambe au-dessus de la cheville. Il ne se soigna pas et peu à peu le pied se dévia en dedans.

Il entra dans mon service à l'hospice de Bicêtre, le 11 octobre 1898, avec une déformation considérable, qui rendait la marche particulièrement pénible. La partie inférieure de la jambe était déviée en dedans, coudée brusquement presque à angle droit. Le sommet de l'angle était situé à 8 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe.

L'exploration permettait de reconnaître l'absence de tibia au point correspondant à la coudure ; on sentait nettement l'épiphyse tibiale en bas, plus haut l'extrémité libre du fragment supérieur. Il était donc évident qu'à la suite de la résection, le tibia ne s'était pas régénéré, que le malade avait longtemps marché sur le péroné seul, que ce dernier s'était fracturé dans la chute, puis consolidé dans cette position vicieuse avec une coudure à angle droit.

J'ai opéré ce malade le 16 novembre 1898. Je lui ai réséqué l'angle saillant du péroné sur une hauteur de 4 centimètres, ce qui permit le redressement complet de la jambe. Je fis la réunion sans drainage et appliquai un appareil plâtré. Aujourd'hui la jambe est, comme vous pouvez le voir, en bonne position. Le péroné est solide, mais le tibia faisant défaut, on constate en imprimant au pied des mouvements de latéralité, une certaine mobilité. Le mouvement se passe dans l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Je vais faire faire une bottine emboîtant très haut la jambe et munie de tuteurs latéraux articulés de façon à assurer la solidité complète de l'appui sur le pied.

Pyélonéphrite calculeuse,

par M. Glantenay.

M. Nélaton. — J'ai l'honneur de présenter, en mémoire de notre regretté collègue des hôpitaux, M. Glantenay, la malade dont voici l'histoire :

Il s'agissait d'un cas de pyélonéphrite purulente dont la nature tuberculeuse semblait probable.

La néphrectomie par la voie péritonéale allait être la conséquence de ce diagnostic. Quelque incertitude dans les symptômes fit choisir à M. Glantenay la voie lombaire, ce qui lui permit d'explorer le rein, de le reconnaître sain, et de pratiquer une simple néphrectomie. La malade est aujourd'hui guérie et a conservé son rein.

Coll..., trente-quatre ans, domestique. Entrée le 17 janvier 1899 salle Denonvilliers, 19.

Antécédents personnels. — Enfance maladive. Atteinte de coxalgie à l'âge de 5 ans; elle reste au lit un an et marche avec des béquilles jusqu'à 10 ans. Réglée à 14 ans. A partir de ce moment, elle travaille à un métier assez pénible, tisseuse et sa santé paraît s'être raffermie jusqu'à l'âge de 28 ans, où elle a un enfant.

1re *grossesse.* — On constate, 3 mois avant son accouchement, la présence de l'albumine dans les urines. Elle est soignée à la Maternité et accouche normalement d'un enfant qui ne survit que 15 jours. Jusqu'à ce moment il n'y a eu ni *graviers* ni *pus* dans ses urines.

2e *grossesse.* — 3 ans après. A partir environ du quatrième mois de sa grossesse, elle souffre de douleurs vives à la miction et constate plusieurs fois la présence de graviers et de calculs de la grosseur d'un pois dans ses urines. Cependant la malade n'a jamais souffert des reins. Il n'y a pas de pus dans les urines.

Elle accouche à Lariboisière. Enfant à terme. Accouchement normal. Pas d'albumine.

Constatation de la tumeur. — Après l'accouchement, en pratiquant le palper abdominal, l'interne du service constate la présence d'une tumeur dans le flanc droit. Comme la malade ne se plaint de rien à ce niveau, il n'y est pas autrement fait attention.

La malade sort de l'hôpital et fait son métier de domestique sans être aucunement gênée, jusqu'au mois de mars 1898.

A ce moment, quelques douleurs rénales; plutôt sensations de pesanteur ou de tiraillements. Mais aucun symptôme du côté de la vessie ou des urines. Il existe également des œdèmes assez fugaces, des membres inférieurs, des mains et de la face. Jamais d'hématurie.

Les douleurs rénales restent stationnaires jusqu'au mois d'octobre où elles augmentent brusquement. A partir de ce moment, elles sont continues; sans crises. Siègent surtout à droite, sans irradiations. Elles sont diminuées par le repos au lit, mais d'une façon inconstante. Elles ne sont pas augmentées par la marche ni par la voiture.

Au mois de janvier elles deviennent si intenses qu'elles obligent la malade à entrer à l'hôpital.

Examen de la malade. — Femme d'apparence peu robuste. Ankylose de la hanche droite consécutive à une coxalgie. Raccourcissement considérable du membre inférieur avec courbure lombaire compensatrice rendant très difficile la palpation lombaire.

Signes fonctionnels. — Douleurs continues siégeant au niveau de la région lombaire, surtout à droite. Impossibilité complète de marcher. Ces douleurs sont exagérées par le mouvement, par la pression.

Urines. — Environ deux litres par jour. Urines troubles contenant du *pus* en quantité abondante. Albumine ; pas de cylindres; *pas de graviers.*

Etat général. — Mauvais; fièvre à grandes oscillations. Perte d'appétit. Phénomènes gastriques, quelques *vomissements.*

Examen physique. — Aucun phénomène n'attire l'attention du côté

de la *vessie*. On trouve dans le flanc droit ou plutôt immédiatement au-dessous du bord antérieur du foie une tumeur dure, lisse, mobile, paraissant très rapprochée de la paroi antérieure et du volume d'une tête de fœtus.

Le diagnostic, étant donné les antécédents de la malade, est celui de pyélo-néphrite de nature tuberculeuse.

L'intervention proposée est la laparotomie d'abord exploratrice et devant se terminer par la néphrectomie sous-péritonéale au cas où un seul des reins serait atteint.

M. Glantenay, après un nouvel examen, convaincu qu'un seul des reins est atteint, se résoud à l'intervention par voie lombaire. Il constate de plus que le rein est *mobile*.

Opération, le 18 janvier.

Incision lombaire habituelle. Le rein est très facilement énucléé à l'extérieur. On constate qu'il est d'un *volume normal*. La palpation du bassinet permet de reconnaître la présence d'un *volumineux calcul*.

Incision suivant le bord postérieur du rein. Le calcul est atteint; il semble du volume d'une noix et s'écrase sous le doigt. Il est enlevé au doigt et à la curette, car il s'agit là plutôt d'une incrustation du bassinet; environ la valeur d'une cuillerée à bouche de bouillie phosphatique.

La présence de calculs étant également constatée dans l'uretère, ils sont enlevés par une pression de bas en haut. Une sonde passée dans l'uretère montre qu'il est perméable.

Le rein est suturé. On termine ensuite par une *néphropexie* suivant le procédé Guyon.

La plaie est drainée.

Suites de l'opération. — Très satisfaisantes, pas de fièvre, pas de douleur. Une hématurie très abondante survient le soir, et affaiblit la malade, mais ne se reproduit pas. Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures. Pas d'hémorragie. La plaie est cicatrisée et les fils enlevés le dixième jour.

M. Sebileau présente un malade atteint d'une tumeur de la région parotidienne et d'une volumineuse adénopathie du cou étendue sous le muscle sterno-mastoïdien, de l'angle mandibulaire à la clavicule. La tumeur faciale est ulcérée et saignante; elle jouit sur la région profonde d'une mobilité relative. Les ganglions forment une masse partiellement adhérente au muscle sterno-mastoïdien. L'examen histologique pratiqué par le Dr Bernande, avec réserves, est celui-ci : Lympho-sarcome à cellules atypiques. De nouveaux détails seront ultérieurement donnés sur le malade.

Anévrisme de l'artère sous-clavière et du tronc innominé, guéri par la méthode de Brasdor.

M. Gérard Marchant. — Le nommé F... (Achille), que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, était atteint d'un anévrisme de l'artère sous-clavière droite et du tronc innominé; il a été traité par la méthode de Brasdor (ligature de l'artère axillaire sous la clavicule, et de la carotide primitive droite) et, sous l'influence de ce traitement, une guérison, que je considère comme définitive, est survenue.

Cet homme, qui exerce la profession de cocher, et qui est âgé de cinquante et un ans, n'avait jamais été malade, et on ne découvrait chez lui aucune tare. Sa mère serait morte d'une affection cardiaque.

Le début des accidents remontait à février 1897. Sa main droite était, à cette époque, engourdie, froide, et des douleurs passagères apparurent du côté de l'acromion et le long du bord interne de l'omoplate.

En juillet 1897, faisant un effort insignifiant, son bras resta comme froid et paralysé. Le pouls radial, cherché à ce moment, aurait complètement disparu. Cet état, qui s'accompagna de vives douleurs le long du bras, dura pendant *un mois*, puis la vie reparut dans ce bras (retour du mouvement, du pouls, de la chaleur).

En janvier 1898, il consultait M. Lancereaux, qui constata un anévrisme de l'artère sous-clavière, gros comme une noix, et le soumit aux injections de gélatine; il reçut, dans le tissu cellulaire de la cuisse, 22 injections à 2 p. 100.

Après chaque injection, la fièvre se manifesta, les douleurs auraient été moindres, mais l'anévrisme grossissait toujours.

Le 22 novembre 1898, il entrait dans mon service de l'hôpital Tenon (salle Nélaton, n° 27), car ses douleurs étaient insupportables.

Je constatai dans le creux sus-claviculaire, sur le trajet de l'artère sous-clavière, une tumeur molle qui soufflait, qui était animée de pulsations et de mouvements d'expansion; elle était dépressible et pouvait avoir les dimensions d'un gros œuf de poule. La tumeur débordait en avant la clavicule, sans que, toutefois, cet os parût érodé par le sac anévrismal. Le souffle systolique était faible.

Les pulsations de l'artère radiale comme de l'humérale sont très faibles; même ce pouls, petit et filant, n'est pas continu et disparaît et apparaît à des intervalles variables. Sa réapparition coïnciderait avec une accalmie des douleurs. Il n'est pas modifié par la pression du sac anévrismal; il n'offre pas de retard par rapport à celui du côté sain.

La température du bras (côté malade) est variable et passe du froid au chaud.

Quelques veines collatérales se voient sur la partie supérieure du bras et au-dessus de la clavicule.

L'état général de ce sujet est très bon et, sauf des douleurs très vives dans le bras, il n'accuse aucun autre trouble fonctionnel.

A cette époque, nous pensions avoir affaire à un anévrisme de l'artère sous-clavière seule, et ce fut aussi l'avis de M. Pierre Delbet, qui voulut bien examiner le malade.

Une intervention s'imposait en raison de ses douleurs et devant l'inefficacité du traitement par la gélatine et les antisyphilitiques.

Pensant qu'il serait possible de lier l'artère en dehors des scalènes, nous fîmes une incision parallèle à la clavicule et en plein sur la poche anévrismale. Celle-ci découverte, il nous fut possible de constater que la dilatation s'enfonçait entre les deux scalènes, puis à la base du cœur, et que, comme dans la majorité des cas, l'anévrisme portait sur l'artère sous-clavière et le tronc innominé.

Nous changeâmes alors notre fusil d'épaule, et instruit par la lecture des thèses de *P. Acosta Ortiz* (*Du traitement chirurgical des anévrismes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte*; Paris, 1892), de notre ancien élève *Poivet* (*Traitement chirurgical des anévrismes de l'artère innominée par la méthode de Brasdor*; Paris, 1893) et enfin d'une clinique du Professeur Le Dentu (*Presse médicale*, 2 mars 1898), qui renferme une bibliographie complète), nous appliquâmes à cet anévrisme la méthode de Brasdor, c'est-à-dire la ligature de l'artère axillaire sous la clavicule, et de la carotide primitive droite tout près de son émergence du tronc brachio-céphalique.

Ces opérations s'exécutèrent avec facilité, ne furent suivies d'aucun incident opératoire, et elles ont donné un résultat thérapeutique parfait, puisque la tumeur anévrismale n'existe pour ainsi dire plus, elle est éteinte : c'est progressivement que nous avons assisté à ce retrait de la poche anévrismale. — L'opération a eu lieu le 9 décembre 1898 et le 17 décembre, lors du premier pansement, on pouvait constater que la poche ne battait plus, ne soufflait plus. — C'est depuis la fin de janvier que la poche s'est rétractée, éteinte et transformée en un noyau induré.

Ces résultats sont rarement obtenus, et à ce titre cet opéré m'a paru digne d'être présentée à la Société de chirurgie.

M. Delbet. — La tumeur remplissait tout le creux sus-claviculaire ; c'est un succès absolument admirable.

Epithélioma du sein.

M. L. Beurnier. — Le malade que je vous présente est un homme de quarante-cinq ans, atteint d'épithélioma du sein droit, enlevé le 1er décembre 1897 et examiné histologiquement. Au bout de trois mois, production d'une tumeur identique au niveau du sein gauche. — Ablation. Guérison complète depuis un an. — Il n'y

avait pas de ganglions profonds de l'aisselle, mais seulement deux petits ganglions au niveau de la seconde et de la troisième côte.

Présentation de pièces.

Appendicite kystique de volume anormal.

M. Walther. — J'ai enlevé le 11 mars l'appendice que je vous présente. L'histoire clinique de la maladie est aussi intéressante que la pièce elle-même ; en voici le très rapide résumé.

Femme jeune, vigoureuse, de très bonne santé habituelle. En mai 1898, très légère crise d'appendicite, sans aucune réaction péritonéale, offrant tous les caractères de la crise dite de colique appendiculaire. Nouvelle crise analogue en septembre ; la malade ne garde aucune douleur dans l'intervalle des crises, mais accuse une sensation intermittente de pesanteur, de lourdeur, plus bas que la fosse iliaque. Il lui semble qu'elle porte là quelque chose de lourd qui la tiraille et dont elle localise le siège très bas, dans le bassin.

En janvier 1899, nouvelle crise pas très douloureuse, toujours sans aucune réaction fébrile.

A ce moment, je constate, ce que je n'avais pas encore trouvé aux précédents examens, une disposition particulière d'une tumeur qui ne peut être autre chose qu'un appendice volumineux : la pression sur la fosse iliaque ne réveille aucune douleur ; plus bas, au-dessus de l'arcade crurale, on détermine à la pression une douleur qui répond très nettement au creux épigastrique, et ne peut être rapportée par conséquent qu'à une adhérence épiploïque ou à l'appendice. Par le toucher vaginal, on trouve : l'utérus mobile, absolument sain ; à droite, l'ovaire mobile, de volume normal, pas douloureux ; immédiatement en arrière et à droite de l'ovaire, une tumeur de volume du doigt, terminée en bas par une extrémité arrondie, et donnant exactement la sensation d'une trompe kystique. Mais le grand axe de la tumeur est vertical ou du moins un peu oblique en bas et en dedans, elle semble remonter vers le bord droit du détroit supérieur, aussi haut du moins que le doigt peut la suivre. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'un appendice volumineux, tombant comme un battant de cloche dans la cavité pelvienne. La pression du doigt sur cette tumeur est douloureuse et détermine aussi une douleur à l'épigastre.

A cette constatation directe, je dois ajouter toute une série de troubles digestifs très accusés, dont souffre la malade depuis la première crise de douleur appendiculaire (digestions pénibles, difficiles, constipation habituelle, etc). Ces troubles digestifs ont amené un amaigrissement très notable.

Mon ami M. Le Gendre, médecin de la malade, demande à notre collègue M. Bar, de vouloir bien à son tour pratiquer l'examen des annexes, sans rien lui dire de ce que j'avais constaté. L'examen fait par M. Bar confirma le mien en tout point.

Dans ces indications, je conseillai une intervention qui fut immédiatement acceptée.

La laparotomie nous montre qu'il n'y avait aucune adhérence épiploïque. Au cæcum était appendu en dedans et en bas cet appendice que je fis très facilement sortir par un mouvement de bascule et qui se dressa au-dessus de l'intestin, tendu, d'une teinte rosée, transparent.

Vous voyez son volume énorme. Il n'a pas 8 centimètres de de long, mais son diamètre est de 3 centimètres, sa circonférence de 9 centimètres. Il est entièrement kystique, clos à 1 centimètre environ de son origine. C'est sur ce court pédicule d'appendice de volume normal que j'ai placé la ligature et fait la résection au ras du cæcum.

Vous voyez, à la surface de la tumeur, de nombreux filaments de petites membranes péritonéales et sur le bord opposé au méso, ces membranes péritonéales se réunissent en une sorte de bouquet, de masse foliacée.

Les suites de l'opération ont été fort simples et la malade peut être aujourd'hui considérée comme guérie.

M. Routier. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait absolument semblable; je voulais vous présenter cet appendice, il a été perdu.

M. Valther. — Il était rose et transparent comme une hydrocèle.

Appendicite aiguë perforante.
Opération vingt-deux heures après le début.
Extirpation de l'appendice. Guérison.

M. Quénu. — Je présente un appendice dont l'extrémité terminale est perforée; la perforation était bouchée par une légère adhérence au cæcum, adhérence molle et fibrineuse étendue sur une surface grande comme une pièce de 2 francs, entre l'appen-

dice et le cæcum ; à ce niveau, il existait une petite cavité renfermant un liquide louche puriforme. Voici dans quelles conditions je suis intervenu.

Je fus appelé par le professeur Jeoffroy, jeudi dernier, à 11 h. 1/2 du soir, auprès d'un jeune homme de dix-huit ans, qui, dans la nuit précédente, avait été pris d'une légère colique, mais qui néanmoins s'était levé, avait déjeuné et tout l'après-midi s'était promené sur les boulevards; à 5 heures, un frisson et un malaise général le forcèrent à rentrer chez lui et à se coucher. Au moment où je l'examinai, je le trouvai avec 39°5, 120 pulsations, de la défense musculaire et une douleur à la pression au point de Mac Burney, facies non altéré, pas de douleurs spontanées; nous conseillons un peu de sirop diacode et l'application locale de la glace.

Le lendemain matin vendredi, je revois le malade ; la température s'est abaissée à 38°5, le pouls à 110 : néanmoins je conseille le transport dans une maison de santé, et décide l'opération, qui est faite à 2 h. 1/2. La température, à ce moment, s'était encore abaissée à 38 degrés et le pouls à 96. Rétention d'urine depuis la veille. Je ne trouvai aucune adhérence entre l'appendice et la paroi abdominale ou l'épiploon, l'extrémité appendiculaire était appliquée sur le cæcum et entourée à ce niveau d'un léger dépôt de fibrine; après avoir sorti le cæcum hors de l'abdomen, et garni de compresses, je décollai l'appendice et constatai sa perforation s'ouvrant dans une petite cavité intermédiaire entre le cæcum et lui et remplie de liquide puriforme; je réséquai l'appendice, touchai au thermo la surface cæcale de teinte jaune verdâtre qui était adhérente, et je pus l'enfouir complètement à l'aide d'un surjet en faisant un pli au cæcum. Les anses intestinales voisines étaient rouges, un peu de liquide clair dans le péritoine. Je fermai complètement par trois plans la plaie abdominale (latérale) et laissai seulement un petit drain à l'extrémité inférieure.

Les suites ont été des plus simples : en trente-six heures la température et le pouls sont revenus à la normale, le drain a été retiré après quarante-huit heures.

Voilà donc un fait qui vient, à côté de ceux de Tuffier, Hartmann et Routier, plaider en faveur d'une intervention très précoce permettant non seulement d'écarter tout danger immédiat, mais encore d'obtenir avec la résection de l'appendice la guérison radicale sans les inconvénients ordinaires des opérations à chaud, l'éventration par exemple. Cette observation est un nouvel exemple de la sédation trompeuse qui suit, si j'ose dire, le premier cri de l'appendicite aiguë ; j'aurais pu temporiser devant un abaissement continu de la température, et la vie du malade fût demeurée à la merci d'une adhérence molle.

J'en conclus à la nécessité d'une intervention précoce dans

toutes les appendicites aiguës et j'avoue ma tendance à me rapprocher de la formule de Dieulafoy, à condition que *dans les cas légers* le diagnostic puisse être mis hors de toute contestation. L'accord me paraît en train de se faire sur la base d'une certitude diagnostique.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 22 MARS 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. Jonnesco, qui envoie tout ce qui a paru des *Sciences médicales* (3 années), et la *Revue de Chirurgie* (2 années), de Bukarest.

3° Une lettre de M. Linon, sur des *Observations d'appendicite* (*3 guérisons*), qui seront lues au cours de la séance.

Lecture.

Trois observations d'appendicite aiguë. Opération. Trois guérisons.

par M. LINON

Médecin principal de 2e classe.
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

En raison de l'importance de la discussion ouverte depuis longtemps déjà à la Société de Chirurgie sur l'appendicite, je crois devoir vous communiquer trois cas d'appendicite aiguë, qui ne figurent pas dans la statistique de M. le médecin inspecteur Chauvel, parce qu'ils se sont produits depuis.

Dans les trois cas, l'opération a été pratiquée et les malades ont guéri.

Au point de vue statistique, cela n'a pas une grande importance

et ne change pas beaucoup les résultats de la statistique opératoire militaire.

Nos observations portent à 63 le nombre de guérisons pour 91 opérations.

Mais c'est là un intérêt très secondaire, comme l'a mis en évidence notre maître, M. Chauvel. Il est difficile, en effet, de pouvoir comparer les résultats opératoires dans les cas où l'opération a été faite dès le début, c'est-à-dire en temps utile, avec ceux où elle a été faite trop tard, c'est-à-dire *in extremis*.

Parmi les observations analysées par M. Chauvel, nous en avons une qui nous est personnelle. C'est un cas malheureux, où une amélioration trompeuse nous a amené à temporiser et à opérer alors qu'il était trop tard. Le malade a succombé quelques heures après l'opération. Cette observation remonte à mars 1898.

Dès ce moment nous étions bien décidé à intervenir de bonne heure.

Les travaux présentés depuis cette époque, soit à l'Académie, par M. le professeur Dieulafoy, soit à la Société de Chirurgie, par M. Poirier, ne pouvaient que nous confirmer dans notre opinion personnelle au point de vue de la nécessité de l'intervention dès le début.

Cependant, dans la première des observations relatées cidessous, nous n'avons pas su nous déterminer à opérer à la première heure, ne trouvant pas de localisation bien nette, et l'amélioration de l'état général nous faisant croire à une guérison spontanée, comme dans trois autres cas que nous avions eu à traiter antérieurement.

Nous sommes intervenu bien tardivement au dix-septième jour, quand la fièvre vespérale et l'aspect du malade nous ont prouvé qu'il y avait un foyer purulent quelque part qu'il fallait ouvrir absolument.

La recherche en a été assez laborieuse; le procédé *à posteriori* (Poirier-Chaput) nous a réussi dans ce cas particulier pour pénétrer dans le foyer purulent, situé dans le petit bassin, sans communication avec la grande séreuse.

Le résultat favorable nous a encouragé à intervenir dès le début, chez deux malades que nous avons eu à traiter quelques jours après.

L'un a été opéré le quatrième jour de la maladie, et l'autre le quatrième jour également. Dans l'un et l'autre cas, nous avons pu trouver l'appendice et le réséquer après ligature.

Le résultat de notre intervention a été très satisfaisant et les malades ont guéri sans éventration.

Conclusions. — Nos observations n'ajoutent rien aux conclu-

sions qui ont été formulées par M. Chauvel, à la suite de sa communication à l'Académie de médecine, sur l'appendicite dans l'armée; elles ne font que les confirmer.

Avec lui, nous dirons : l'intervention est légitime dans l'appendicite aiguë; l'opération doit être pratiquée dès que le diagnostic est bien précis, et le plus tôt possible.

En agissant dès le début, on rendra inutiles les interventions à froid, qui ne sont pas acceptées dans certain milieu, plus spécialement dans la clientèle militaire.

En prenant les précautions nécessaires, on n'a pas à craindre la contamination de la cavité séreuse, même quand il y a eu contact avec le foyer purulent appendiculaire.

Le procédé de Roux nous a permis, dans chaque cas, d'arriver facilement dans le foyer appendiculaire et, dans la première observation, nous a facilité les recherches sous-péritonéales, *a posteriori*, pour pénétrer dans le foyer purulent, situé dans le petit bassin.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Michaux. — Je désire faire deux petites rectifications au compte rendu de notre dernière séance : « Ce n'est pas au congrès de Lyon, mais au neuvième congrès français de chirurgie que j'ai communiqué l'observation de volvulus de l'*S* iliaque que j'ai rappelée à la dernière séance. Si j'ai fait remarquer que les accidents n'avaient pas, dans les occlusions basses, l'acuité et la rapidité qu'ils ont dans les occlusions hautes, je n'ai pas dit, comme me le fait dire le *Bulletin*, que, quatre jours après l'éclosion des accidents, il était bien temps d'y remédier. J'ai toujours été partisan des interventions aussi hâtives que possible, et je m'en suis trop bien trouvé pour désirer qu'on me range dans la catégorie des temporisateurs.

M. Monod. — A propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Berger, sur un cas de cure de hernie suivie de sphacèle du testicule, je voudrais vous présenter un malade chez lequel j'ai pratiqué l'opération dite *angio-neurectomie*, faite couramment dans le service de M. Guyon contre l'hypertrophie prostatique et ses accidents. On sait qu'elle consiste dans la section de tous les éléments du cordon, le canal déférent excepté.

Cet homme nous avait été amené le 30 novembre 1898, atteint d'une rétention d'urine pour laquelle le cathétérisme, fait en ville, avait abouti à la formation d'une fausse route. Il fallut trois jours de suite pratiquer, pour vider la vessie, la ponction hypogastrique. Au bout de ce temps, le cathétérisme ne fut plus possible que grâce à la manœuvre du doigt dans le rectum, appuyant le bec de la sonde contre la paroi supérieure.

La sonde fut laissée à demeure. Toutes les fois qu'il fallut la renouveler, on dut recourir à la même manœuvre. Le cathétérisme restait donc difficile, ce qu'expliquait le volume énorme de la prostate, constaté par le toucher.

A la suite de l'opération dont je viens de parler, et qui fut faite le 13 janvier dernier (1899), une sonde fut laissée à demeure. Lorsqu'on dut la changer, au bout de huit jours, nous constatâmes, à notre grand étonnement, qu'elle pénétrait dans la vessie sans aucune difficulté.

De plus, lorsque, huit jours plus tard, j'essayai de supprimer la sonde, cette tentative qui, jusqu'alors, avait dû être suivie de la prompte réintroduction de l'instrument, réussit cette fois à souhait. Le malade, ce jour et les suivants, put uriner sans autre secours; et il reste en ce bon état.

Au point de vue du résultat de la section des vaisseaux du cordon sur l'état du testicule et de la prostate, il a été évident, pour moi-même et pour mes élèves, que la prostate avait notablement diminué de volume.

Vous pouvez, d'autre part, constater que les deux testicules ont sensiblement diminué de volume; cette diminution est moins facile à apprécier à droite qu'à gauche, parce que, à droite, il s'est fait un peu d'épanchement dans la vaginale.

J'insiste sur ce point qu'il ne s'est pas fait de sphacèle du testicule, malgré la section en apparence complète des vaisseaux du cordon. Je crois que ce fait résulte de ce que, dans l'opération de l'*angio-neurectomie*, il est recommandé de ne pas dénuder le canal déférent de trop près; il est probable que de la sorte, l'artère déférentielle est respectée et qu'elle suffit à la nutrition de la glande.

M. P. Reynier. — M. Monod dans sa communication, a soulevé incidemment une question intéressante. Par son observation il nous montre que la vitalité du testicule peut ne pas être compromise par la section des vaisseaux du cordon, l'artère déférentielle exceptée. Il conseille de plus cette section, la considérant comme supérieure à la simple résection du canal déférent pour remédier aux accidents vésicaux dus à l'hypertrophie prostatique.

Pour mon compte personnel, je ne saurais accepter les conclu-

sions de M. Monod. La ligature des vaisseaux du cordon est plus grave que la résection du canal déférent pour la vitalité du testicule.

Or, cette résection du canal déférent, en plus de son innocuité, se défend encore par les très bons résultats qu'elle donne. J'ai eu souvent à le constater, et vous trouverez dans une thèse d'un de mes élèves, M. le Dr Floersheim, des observations très probantes, démontrant l'utilité de cette résection dans certaines rétentions d'urine d'origine prostatique. Je ne vois donc pas pourquoi on renoncerait à cette opération, qui ne risque pas de compromettre, comme peut le faire la ligature des vaisseaux, la vitalité du testicule.

Ceci dit, je reviens au rapport de M. Berger. Je voulais prendre la parole au sujet de cette gangrène du testicule, qui était survenue à la suite d'une cure radicale de hernie. Je regrette que l'observation de M. Couteaud ne soit pas plus complète, et qu'il n'ait pas recherché les causes qui ont pu amener cette gangrène.

Je serais assez disposé à voir là les effets d'une phlébite des veines du cordon, phlébite amenée par le traumatisme qu'on a pu faire subir aux veines du cordon dans la résection du sac. Cette phlébite est plus fréquente qu'on ne le croit. C'est à elle qu'on doit ces cordons volumineux qui persistent pendant un temps plus ou moins long à la suite de cures radicales; et si ces phlébites suppurent, si toutes les veines du cordon sont atteintes, la vitalité du testicule peut être très compromise. Chez un malade gras, qui avait eu des attaques de rhumatisme articulaire et qui avait un peu d'albumine dans les urines, j'ai vu, à la suite d'une phlébite de cette nature, qui malheureusement s'était infectée au voisinage d'un fil, une gangrène du testicule survenir; le souvenir de cette observation me ferait penser que pour le malade de M. Couteaud les choses se seraient passées ainsi.

M. Bazy. — La discussion s'égare un peu; on traite, en ce moment, deux points :

1° L'influence de la résection du canal déférent sur la vitalité du testicule;

2° L'influence de cette opération sur l'hypertrophie prostatique.

Sur le premier point, cette influence est nulle; la résection du canal déférent ne modifie en rien ni la forme ni le volume du testicule et n'atteint pas même, quand elle est pratiquée des deux côtés, leur puissance génitale.

Nous avons montré ce fait dans un travail que j'ai publié avec mes internes Escat et Chaillous dans les *Archives des sciences*

médicales. Au reste, Astley Cooper et Curling l'avaient vu dans leurs expériences sur les chiens.

Godard cite et décrit un cas d'absence du canal déférent dans lequel il n'existait pas d'atrophie du testicule.

Le testicule a deux fonctions : l'une de sécrétion interne ou de conservation des caractères de l'individu ; l'autre, de reproduction ou de conservation de l'espèce.

Cette dernière est seule atteinte par la résection du canal déférent. Pour que la première soit atteinte, il faut ou la castration ou une opération qui amène l'atrophie du testicule, c'est-à-dire la ligature du cordon, ou cette opération qu'on a nommée angioneurectomie, et qui n'est autre chose que la ligature du cordon, mais plus compliquée. Cette opération s'appuie sur les recherches d'un auteur russe, Prijewalski, qui a montré que la section des nerfs de Cooper amenait l'atrophie testiculaire et par suite l'atrophie prostatique.

La résection du canal déférent, n'agissant pas sur le testicule, n'agit pas sur l'hypertrophie prostatique. J'ai lu toutes les observations publiées sur ce sujet depuis les travaux d'Isnardi, l'initiateur de la méthode, et je n'ai été nullement convaincu. Au reste, M. Guyon, qui avait publié des faits, paraissant probants, de cette résection du canal déférent, a, je crois, abandonné l'opération, qui ne semble donnner que des résultats passagers.

M. Reynier. — Je voudrais répondre à M. Bazy qui nous dit que la section du cordon donne des résultats passagers. Je lui citerai l'exemple d'un homme que j'opérai voilà trois ans. Sa rétention d'urine n'a pas reparu. Dans un autre cas, j'opérai, il y a deux ans, un malade porteur depuis deux mois d'une sonde à demeure, je lui sectionnai les deux canaux déférents. Auparavant, je l'avais averti qu'il serait probablement contraint de renoncer à tout rapport sexuel. Cette perspective ne le fit point reculer. Or il est revenu me voir voilà quelque temps, et m'a assuré être à l'heure actuelle aussi vaillant que jamais. Les troubles urinaires n'ont jamais reparu. Ce sont bien là, ce me semble, des résultats permanents.

M. Routier. — Je confirme ce qu'on vient de dire sur la conservation de la puissance génitale chez les malades auxquels on résèque les canaux déférents. J'ai présenté ici, il y a déjà longtemps, l'observation d'un malade qui, à la suite de cette résection, que j'avais pratiquée pour remédier à des accidents de prostatisme, récupéra non seulement ses fonctions urinaires, mais ses fonctions génitales qu'il a conservées depuis.

M. Bazy. — Ces faits n'ont rien de surprenant; les malades qui ont comme une résection pathologique du canal déférent, à la suite des épididymites qui provoquent son oblitération, gardent leur puissance génitale. Au reste, je m'en rapporte à ce que j'ai dit plus haut.

M. Monod. — J'avais présenté mon malade à deux points de vue :

1° Pour montrer que contre l'hypertrophie prostatique, la ligature des vaisseaux est supérieure à la résection du canal déférent;

2° Pour montrer qu'au point de vue de la nutrition du testicule, on peut lier tous les vaisseaux du cordon sans amener le sphacèle. Mon ami Lucas-Championnière a rappelé dans la dernière séance que, dans l'ectopie testiculaire, il suit la même pratique que moi. Il coupe tout ce qui retient le testicule en haut, sauf le déférent, et, comme moi, il n'a observé qu'une fois le sphacèle du testicule. Il est certain que, malgré ces sections, nous conservons l'artère déférentielle et qu'elle suffit à nourrir le testicule.

Communication.

De l'asepsie opératoire.
Statistique de deux ans au pavillon Pasteur, à l'hôpital Cochin (1),

par M. QUÉNU.

Depuis l'introduction des étuves perfectionnées dans la pratique chirurgicale, nous sommes arrivés à une sécurité complète, relativement aux compresses et aux tampons, sécurité encore augmentée par le contrôle que nous avons les premiers imaginé, mon ancien interne Lamotte et moi, en 1891, au moins dans ses applications chirurgicales, en plaçant dans les boîtes destinées à l'autoclave des substances fusibles à 112 degrés ou au-dessus, soufre, acide benzoïque, alliages, etc.

Pour les instruments, nous sommes resté fidèle à l'ébullition prolongée dans une solution de borate de soude, nous défiant beaucoup des étuves à air dans lesquelles l'équilibration de la température se fait par grandes oscillations et d'une façon lente et incertaine.

(1) Le pavillon Pasteur ne comprend que le service des femmes.

Avec des compresses et tampons autoclavés et contrôlés, avec des instruments bouillis pendant une demi-heure à un peu plus de 100 degrés, après qu'ils ont subi un nettoyage et un brossage sérieux, placés à sec dans des plateaux surchauffés par le flambage, on peut affirmer que toute cause d'erreur de ce chef est absolument écartée; reste à discuter la stérilisation de la peau du malade, des fils à ligature et des mains du chirurgien. C'est sur ce dernier point que je désire insister et que portera ma communication.

La meilleure façon de bien préparer la région opérable est de soumettre le malade au bain quotidien pendant sept à huit jours; ce serait toutefois une illusion de croire cette pratique suffisante; il ne suffit pas de baigner son malade, il faut que dans le bain s'opère un véritable nettoyage par le savon. Nous conseillons toujours de procéder après le premier bain à un nettoyage analogue à celui qui est d'usage sur la table d'opération. Raser d'abord, puis savonner, brosser et laver à l'alcool et à l'éther; c'est dans ces conditions que l'action des bains ultérieurs s'exerce avec efficacité. Nous réprouvons la pratique qui consiste à ne raser les malades qu'endormis, quelques minutes avant de les opérer; nous n'avons jamais éprouvé de résistance, en expliquant à l'intéressé que nous lui apportons une sécurité de plus en agissant de la sorte. Le matin, la région opératoire est à nouveau rasée (sous le chloroforme cette fois si l'on veut), puis lavée avec de l'eau additionnée d'un peu de lessive de soude, qui nettoie merveilleusement, savonnée, passée à l'alcool, à l'éther et au sublimé. Il faut éviter à ce dernier nettoyage d'abuser de la brosse qui rougit et éraille même les téguments. Nous sommes partisan d'un pansement boriqué appliqué la veille de l'opération, à la condition que la gaze soit débarrassée de l'empois et qu'elle soit bien stérilisée; l'emploi de la mousseline à cataplasme du commerce, même bouillie, détermine parfois de petites éruptions vésiculaires. Il est clair que le temps nécessaire à la préparation opératoire varie avec la situation sociale du malade, ses habitudes de propreté, la région et l'état individuel de ses téguments; certaines peaux squameuses et sèches, d'autres grasses et trop lubrifiées de matières sébacées sont moins aisément nettoyables; la région du genou est moins nettoyable que le ventre, ce que ne doivent pas ignorer les médecins qui pratiquent la suture de la rotule. D'autres peaux, enfin, ne supportent aucun antiseptique, sous peine d'éruptions eczémateuses, et c'est à la répétition des bains et au nettoyage à l'éther qu'il faut avoir recours.

Je discuterai la question des fils quand j'aurai traité celle de l'asepsie du chirurgien. Cette asepsie du chirurgien est la plus

difficile à réaliser en pratique, et je suis persuadé que la majorité des accidents post-opératoires tiennent à cette cause. La raison en est, et c'est là ce que je voudrais mettre en lumière, que la désinfection des mains est chose illusoire. Jadis, les opérations, dans les services de chirurgie, se faisaient à la fin de la visite, après que le chirurgien avait effectué un certain nombre de pansements ou d'examens. Un grand progrès a été la pratique universellement adoptée aujourd'hui de commencer la journée par l'acte opératoire. Cette précaution paraissait suffire, et peu d'opérateurs se privaient, la veille d'une intervention, d'un examen ou d'une exploration septiques. Il y a plus de huit ans que je suis arrivé à cette conviction qu'un contact septique est susceptible le lendemain de vicier une opération, quelques désinfections de ses mains que tentât l'opérateur. Voici dans quelles conditions je me suis convaincu moi-même de cette vérité. J'avais un mercredi touché avec un seul doigt à un abcès du sein, déjà ouvert, afin de chercher la fluctuation dans un point voisin de l'ouverture déjà faite. Le lendemain matin, j'opérai une salpingite par laparotomie; je pris, en souvenir de ma contamination de la veille, un soin spécial de mes mains; je prolongeai le brossage, les passai au permanganate de potasse et au bisulfite de soude, les frottai d'alcool et d'éther et les laissai longtemps immergées dans une solution de sublimé : ma malade guérit, mais non sans avoir présenté des accidents et m'avoir inquiété. La paroi abdominale suppura. Dans la matinée, je fis avec un autre aide une opération : les points de suture suppurèrent après huit ou dix jours, l'infection était plus atténuée que dans le cas précédent. Enfin dans l'après-midi, j'avais à pratiquer au dispensaire quelques petites opérations avec un troisième aide : chez un malade, il y eut quelques gouttes de pus autour des fils.

Peu habitué aux accidents septiques, je fis mon examen de conscience et dus reconnaître que j'avais été moi-même l'agent de la contamination : mes aides avaient changé et dans trois séries d'opérations différentes mes mains étaient la seule constante.

Depuis cette époque et avant toutes les expériences répétées des bactériologistes sur la désinfection des doigts et des ongles, j'ai prêché autour de moi cette doctrine, c'est que le chirurgien doit s'abstenir de toute ouverture d'abcès ou de toucher septique au moins deux jours avant une opération importante. Plus tard encore, je me suis aperçu que mes résultats étaient d'autant meilleurs que je m'éloignais plus complètement encore de la chirurgie des suppurants. Mon service est organisé de telle manière qu'un interne s'occupe seul des septiques hommes et femmes, et qu'un jour par semaine seulement, le plus loin possible du jour,

des opérations abdominales est consacré aux examens du rectum ou d'affections septiques quelconques. J'ai appliqué cette même rigueur à la clientèle, non sans quelques difficultés, je l'avoue. Ces précautions ne sauraient aujourd'hui paraître exagérées après les recherches bactériologiques récentes ; j'y ai déjà fait allusion dans une analyse d'un travail de M. Mickulicz parue dans la *Revue de chirurgie* il y a juste un an. Je rappelle en particulier ce fait capital observé par Gottstein, que seul dans la clinique l'infirmier exclusivement chargé des instruments et des appareils, avait, d'une façon pour ainsi dire constante, les mains stérilisables ; or cet infirmier n'entrait jamais en contact avec les malades. Inversement, aucun des membres du personnel médical ne présentait de constance dans la stérilisabilité des mains.

C'est imbu de cette idée que les mains sont le principal facteur de l'infection que Mickulicz a, dès 1896, adopté l'emploi des gants stérilisés. On sait que ce chirurgien se sert de gants de fil ; ces gants ne sont pas imperméables et la désinfection des mains n'en est pas moins rigoureusement nécessaire. D'autres chirurgiens emploient des gants de caoutchouc ; en France, je sais que plusieurs de nos collègues usaient de gants de caoutchouc à l'époque surtout où il était de mode de plonger les instruments dans l'acide phénique, mais c'était moins pour garantir le malade que pour se protéger eux-mêmes contre l'action irritante des antiseptiques. En outre, ces gants, dont nous avons des spécimens dans notre service, sont épais, non adaptés à la main et aux doigts ; ils sont incompatibles avec l'exécution d'une opération délicate ; j'ai donc accueilli comme une véritable trouvaille, et comme un grand perfectionnement, les gants qui m'ont été présentés par M. Gutendag au mois d'octobre dernier, et qui sont usités dans les services de chirurgie de Leipsig. Ces gants sont faits d'une sorte de tissu en jersey caoutchouté pour les poignets, la main et la racine des doigts ; le reste des doigts est en caoutchouc mince, s'adapte bien à la pulpe digitale et n'obnubile pas trop le sens tactile ; je me sers depuis cinq mois de ces gants dans deux circonstances différentes, tantôt pour faire des opérations septiques, tantôt pour faire des opérations aseptiques, quand je doute de la propreté de mes mains. J'ai dû un dimanche après-midi ouvrir des abcès gangreneux de la jambe ; cela ne m'a pas empêché le lendemain de pratiquer une laparotomie dans mon service ; j'ai opéré en gant, des salpingites difficiles, des fibromes de l'utérus, des appendicites à froid, fait des sutures intestinales, etc.

La plupart du temps, lorsque je suis assuré de l'asepsie de mes mains, j'opère sans gants, mais je fais mettre une paire de gants à mes aides ; je circonscris ainsi les responsabilités et réduis les

mauvaises chances à leur minimum; il est bien certain toutefois que malgré leur perfectionnement, les gants enlèvent toujours un peu de dextérité à l'opérateur. Les gants sont bouillis pendant un quart d'heure; il importe, si les doigts du chirurgien sont suspects, de mettre le premier gant sans en toucher les doigts avec les doigts de l'autre main non encore gantée.

Je ne saurais trop dire à quel point cet usage des gants en caoutchouc a simplifié ma pratique chirurgicale et combien elle m'a enlevé d'angoisses, à l'époque surtout où le personnel du service change, et où nous n'avons pas encore la certitude morale absolue de la foi de nos aides dans nos méthodes.

Restait un dernier point, celui des touchers septiques; il est possible d'acquérir, dans les cas ordinaires, un degré de sensibilité tactile suffisant en se servant des doigts isolés en caoutchouc extrêmement mince tels que nous les a fournis M. Collin.

Je laisse de côté dans cette étude tout ce qui est relatif à l'usage des masques; je suis à ce point de vue de l'avis de M. Terrier, et je pense que les contaminations des fils proviennent, non de la bouche et du nez du chirurgien, mais de ses doigts, surtout s'il s'habitue, et s'il habitue ses aides à ne pas dire un mot pendant l'acte opératoire. Il est cependant des cas où je considère l'usage du masque comme très rationnel; c'est lorsque le chirurgien est atteint ou de coryza à la période de coction, ou de périostite alvéolo-dentaire, etc.; à défaut de masque, dans le premier cas, j'ai toujours soin de faire un lavage des narines et de la bouche avec une solution de sublimé.

J'ai laissé de côté jusqu'ici la question des fils : je continue à me servir pour mes opérations aseptiques et qui ont chance de rester telles, de substances stérilisables à l'autoclave. Le catgut, grâce à la méthode de Repin, rentre il est vrai dans ces substances, mais il me paraît plus cassant, moins commode et moins maniable que la soie et le fil. Depuis près d'un an, je me sers presque exclusivement de fil à coudre, voici pour quelles raisons : les fils de soie fins sont très solides à une condition, c'est qu'ils ne soient pas fabriqués soit avec de la bourre de soie, soit avec des fils coupés; or, la plupart du temps mes collègues ont pu se convaincre comme moi combien les fils fins suffisamment autoclavés résistent peu et deviennent cassants. Il n'en est pas de même du fil à coudre même fin; le fil autoclavé résiste très bien et on peut s'en servir pour lier les pédicules d'utérines et d'artères utéro-ovariennes; je l'emploie exclusivement dans mes opérations abdominales, dans les hernies, les gastro-entérostomies, etc. (1).

(1) Il faut avoir soin de faire trois nœuds.

Le fil à coudre est aussi bien supporté que la soie par les tissus. Au point de vue de cette tolérance des tissus par les fils, voici quelles sont mes croyances :

La première condition, c'est l'asepsie des mains du chirurgien; depuis deux ans, six internes ont passé au pavillon de gynécologie, or j'ai toujours remarqué que la proportion des suppurations de fils a toujours été strictement en rapport avec le degré de confiance qu'apportaient mes aides à mes prescriptions relatives aux mains.

Malgré tout, par ce seul fait qu'une opération a duré un certain temps, les plaies exposées à l'air subissent une certaine contamination, et il faut mettre les tissus dans les conditions qui assurent le mieux leur tolérance pour les corps étrangers.

Ces conditions sont au nombre de trois :

1° L'asepsie du fil dont je n'ai plus à m'occuper;

2° La minceur du fil;

3° La faible épaisseur des tissus serrés par le fil.

Plus un fil est mince, mieux il est toléré, c'est là un fait indiscutable, et c'est la raison pour laquelle j'use du fil à coudre; j'emploie pour mes hernies, pour les parois abdominales, du fil presque aussi fin que celui qui sert aux sutures intestinales.

Comme mode de suture, j'ai exclusivement recours aux sutures à points séparés dans les opérations de parois abdominales et dans les hernies; je réserve les surjets aux ligaments larges et aux anastomoses gastro ou entéro-intestinales. J'ai remarqué que le surjet dans la paroi abdominale était moins toléré que les autres sutures. J'ai renoncé également aux sutures en U; les aponévroses jouissent d'une vitalité médiocre, j'évite de les repérer avec des pinces, et je me contente, pour les suturer, de fils fins enserrant le minimun de tissu fibreux.

Telle est ma pratique depuis plusieurs années. Voici quels sont mes résultats dans les années 1897 et 1898. J'avais espéré pouvoir apporter une statistique globale de tout mon service, j'ai préféré restreindre ma statistique à celle de mon service de femmes (pavillon Pasteur), parce que, toutes ou presque toutes, les opérations y ont été faites par moi et dans des conditions identiques, et surtout parce que le contrôle de l'inscription de chaque opération sur le registre y est absolument rigoureux. C'est pour la même raison que j'ai éliminé les petites opérations suivantes : dilatations anales, curettages utérins, polypes, Schræder, etc., petits épithéliomas de la peau et ouvertures d'abcès, curettages de tuberculoses locales, ouvertures de culs-de-sac postérieurs pour abcès ou hématocèles, toutes opérations de petite chirurgie, dont la plupart ont été exécutées par mes internes.

J'ai laissé de côté également les opérations d'urgence faites par le chirurgien de garde ou par mon remplaçant pendant les mois d'août et septembre.

Je classerai les opérations importantes qui font l'objet de cette statistique par appareils.

Je prendrai successivement l'appareil digestif, avec ses annexes, le foie, par exemple, les régions, les membres, le cou, etc., l'appareil urinaire et enfin l'appareil génital.

Appareil digestif.

1 résection du maxillaire supérieur pour sarcome . . .		1 guérison.
3 staphylorrhaphies		3 guérisons.
2 gastrostomies pour cancers de l'œsophage .	1 mort	1 guérison.
2 gastroentérostomies postérieures pour cancers du pylore	1 mort	1 guérison.

L'opération, chez une de ces malades, fut pratiquée pour ainsi dire d'urgence, chez une vieille femme qui n'avait rien absorbé depuis 8 jours et qui portait une caverne pulmonaire spacieuse. L'autopsie permit de vérifier la soudure parfaite de l'estomac et de l'intestin.

1 gastrectomie pour cancer du pylore . . . . 1 mort.

La mort survint par suite d'un mauvais fonctionnement de l'anastomose antérieure gastro-intestinale.

2 résections du gros intestin, une pour cancer, une pour rétrécissement syphilitique . . . . 2 morts.

Cancers du rectum.

6 extirpations dont 3 par voie abdomino-périnéale, 1 par voie sacrée, 1 par voie vaginale	2 morts	4 guérisons.
6 anus iliaques		6 guérisons.
1 fistule recto-vaginale		1 guérison.

Appendicites.

5 appendicites aiguës	5 guérisons.
5 appendicites à froid	5 guérisons.

Hernies.

3 hernies étranglées	3 guérisons.
13 cures radicales (2 inguinales, 6 crurales, 5 ombilicales).	13 guérisons.
6 éventrations	6 guérisons.
1 résection d'épiploïte	1 guérison.

Affections hépatiques.

4 cholédocotomies . . . . 4 guérisons.
1 cholécystoentérostomie . . . . 1 mort.

La mort survint par le fait d'accidents pulmonaires, il existait une pleurésie purulente très ancienne, méconnue.

2 kystes hydatiques du foie. . . . . 2 guérisons.

Opérés, un par voie abdominale, un par voie transpleurale.

Rate.

1 tuberculose de la rate opérée par ouverture du foyer . 1 guérison.
1 kyste hydatique . . . . 1 guérison.

Affections du péritoine.

4 laparotomies exploratrices . . . . 4 guérisons.
2 péritonites tuberculeuses chroniques . . . . 2 guérisons.
2 péritonites tuberculeuses aiguës. . . . . . . 1 mort 1 guér. op.

Mort 15 jours après de tuberculose pulmonaire aiguë.

1 péritonite purulente d'apparence généralisée. . . . . 1 guérison.
2 kystes hydatiques du petit bassin, traités par l'incision vaginale . . . . 2 guérisons.

Affections du poumon.

1 kyste hydatique du poumon. . . . . 1 guérison.

Affections de l'appareil urinaire.

1 néphrotomie pour pyélonéphrite suppurée. . . . . . 1 mort.
1 cystotomie avec curettage du bas-fond de la vessie pour cystite tuberculeuse. . . . . 1 guérison.
2 fistules vésico-vaginales . . . . 2 guérisons.
1 néphropexie . . . . 1 guérison.

Régions, tête et cou.

1 Cancer de la parotide, extirpation nécessitant le sacrifice du facial et de l'hypoglosse, du sterno-cléido-mastoïdien, la ligature de la veine jugulaire interne et des carotides . . . . 1 mort.
5 trépanations de l'apophyse mastoïde pour abcès. . . 5 guérisons.
1 craniectomie pour accès d'épilepsie subintrants . . . 1 guérison.
1 épithélioma étendu du nez. . . . . 1 guérison.
3 adénopathies tuberculeuses du cou étendues. . . . . 3 guérisons.

6 extirpations de goitres . . . . 6 guérisons.
1 extirpation de cancer du corps thyroïde. . . . . . . 1 mort.

La mort survint brusquement à la fin de l'opération par pénétration de l'air dans les veines.

1 angiome du cou traité par l'extirpation . . . . 1 guérison.

Région mammaire.

2 tumeurs kystiques du sein . . . . 2 guérisons.
11 cancers du sein . . . . 11 guérisons.

Membres.

1 amputation d'avant-bras . . . . 1 guérison.
2 amputations de cuisse . . . . 2 guérisons.

Chez une des deux malades, la mort survint plusieurs semaines après par les progrès d'une tuberculose pulmonaire rapide.

1 résection du genou. . . . . 1 guérison.
3 arthrotomies du genou, dont 1 pour corps étrangers, 2 pour arthrites . . . . 2 guérisons.
1 épithélioma de la cuisse avee adénopathies. . . . . . 1 guérison.
1 volumineux lipome de l'épaule . . . . 1 guérison.
1 résection de veines atteintes de phlébite. . . . . . . 1 guérison.

Affections de l'appareil génital.

6 colpo-perinéorraphies pour prolapsus. . . . . . . 6 guérisons.
42 salpingites traitées par laparotomie . . . . 42 guérisons.

Sur ces 42 malades, 9 ont subi l'hystérectomie abdominale totale.

6 salpingites traitées par hystérectomie vaginale . . . 6 guérisons.
1 prolapsus utérin traité par hystérectomie vaginale . 1 guérison.
11 kystes de l'ovaire. . . . . 10 guérisons 1 mort.

La mort survint dans un cas de kyste à pédicule tordu opéré en pleine péritonite.

1 kyste hydatique du petit bassin traité par hystérectomie vaginale. 1 guérison.
3 cancers de l'utérus opérés, 2 par voie vaginale et 1 par voie abdominale. . . . . 3 guérisons.
41 fibromes opérés : 22 par voie abdominale, 19 par voie vaginale . . . . 41 guérisons.
1 cas de septicémie puerpérale traité par hystérectomie vaginale . . . . 1 mort.

24 jours après d'éclampsie.

Nous aurions le droit de ranger ce cas parmi les guérisons opératoires, car les suites de l'opération vaginale furent des plus simples et aussi normales que possible, et la malade succomba chez elle à la lésion rénale engendrée par l'infection.

La statistique globale nous donne une proportion de 15 morts sur 237 opérations, soit 6 p. 100. Remarquons qu'il nous est réellement permis de distraire de ces 15 morts celle qui survint 24 jours après une hystérectomie vaginale pour infection utérine et qui reconnut pour cause une éclampsie d'origine rénale; et de même le cas de péritonite tuberculeuse où la mort survint 15 jours après l'opération du fait d'une granulie pulmonaire. Cette défalcation réduirait notre mortalité à 13 soit environ à 5 p. 100. Cette proportion me paraît peu élevée, étant donné que j'ai pris soin d'éliminer de ma statistique les petites opérations dont le chiffre considérable aurait fortement dilué ma proportion de mortalité. Sur ces 13 morts, près de la moitié appartiennent à des opérations pour cancer des voies digestives : 1 cancer de l'œsophage, 2 cancers de l'estomac, 1 cancer de l'S iliaque, et 2 cancers du rectum.

Dans les 7 autres cas, la mort a suivi : Une fois l'extirpation d'un cancer de la parotide. Une fois la résection du rectum et de l'S iliaque pour rétrécissement syphilitique étendu. Une fois 1 cholécystentérostomie (mort par complication pleuro-pulmonaire). Une fois l'ouverture du péritoine, atteint de péritonite tuberculeuse aiguë. Une fois l'ouverture d'un rein suppuré chez une cachectique. Une fois l'extirpation d'un cancer du corps thyroïde; la mort survint par pénétration de l'air dans les veines. Une fois enfin l'extirpation d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu opéré en pleine péritonite.

Les grandes opérations pour affections de l'utérus et des annexes nous ont particulièrement donné des résultats satisfaisants, *puisque* 115 *laparotomies ou hystérectomies vaginales pour fibromes utérins, cancers de l'utérus, annexites ou kystes ovariques, nous ont fourni* 114 *guérisons.*

En résumé, la mort n'a été dans aucun cas le résultat d'une infection imputable à un défaut d'asepsie opératoire; elle a été ou la conséquence d'un accident opératoire (cancer du corps thyroïde) ou de la cachexie (cancers de l'œsophage, de l'estomac, néphrite suppurée, etc.) ou des conditions septiques de l'organe opéré (rectum et S iliaque).

M. Bazy. — Loin de moi la pensée de blâmer les chirurgiens qui font leur possible pour tâcher de bien guérir leurs opérés;

mais j'ai eu, au moins trois fois, l'occasion de vérifier que l'asepsie des mains pouvait être obtenue de façon à guérir des malades aseptiquement bien que venant de pratiquer des opérations septiques. Une fois, je venais de finir un Estlander pour suppuration pleurale, quand on m'amena un malade pour étranglement interne. Aucun collègue ne se trouvant dans l'hôpital, je dus me décider à pratiquer moi-même la laparotomie.

Après nous être aseptisé les mains, moi et mes aides, j'ai ouvert le ventre de ce malade, sectionné des brides au devant de la colonne vertébrale, ce qui m'a amené à plonger les mains au milieu de la masse intestinale à plusieurs reprises; mon malade a cependant guéri.

Il y a 15 jours, je venais de faire une dilatation forcée de l'anus. Après quoi je pratiquai une amputation du sein *sans drainage*, c'est-à-dire sans mettre de soupape par laquelle puissent s'échapper les produits septiques qui eussent déterminé une infection du foyer opératoire ; la malade a guéri.

Enfin, j'ai pu guérir encore une malade qui avait une salpingite suppurée et que j'ai opérée après avoir pratiqué le toucher rectal; ce qui ne veut pas dire, bien entendu, qu'il ne faille prendre les plus grandes précautions.

Si l'on suivait à la lettre, comme on paraît le faire, toutes les indications qui nous sont fournies, on pourrait dire que les nécessités intimes de notre existence nous empêcheraient de faire de la chirurgie. Or, Dieu merci, on peut en faire de très bonne en prenant toutes précautions.

M. Tuffier. — La question soulevée par M. Quénu est très importante. Je crois qu'il faut distinguer l'asepsie du laboratoire de l'asepsie chirurgicale et arriver au minimum de sepsie. La question des mains est capitale. Je me sers des mêmes gants que M. Quénu; mais comme ils rendent le tact un peu obtus, que si on opère dans des cavités osseuses on peut en déchirer l'extrémité, je réduis leur emploi au minimum, et dans une opération sale, je ne les mets qu'au moment ou je fais la partie sale de cette opération.

L'asepsie de nos mains tient surtout à l'état de l'épiderme. Quand on touche une chose sale, si on la laisse sécher, les mains sont alors beaucoup plus difficiles à nettoyer et à aseptiser.

Le fil à coudre est-il plus facile à stériliser que le fil de soie? Je n'en sais rien; je me sers de soie plate parce que les nœuds tiennent mieux. La question d'hémostase, de siccité de la plaie est de premier ordre. Quand le sang est épanché hors des vaisseaux,

il est mort, perd son pouvoir bactéricide et devient un milieu de culture parfait.

La question des tissus sur lesquels on opère est aussi d'une grande importance; dans les opérations de hernie, on opère sur des tissus fibreux, aussi les fils s'éliminent-ils plus facilement que dans toute autre opération.

M. Jalaguier. — Je ne veux pas reprendre la question, mais seulement appuyer ce qu'a dit M. Quénu à propos des gants. Je les emploie depuis 1887, à cause des accidents que m'occasionnaient l'acide phénique et l'iodoforme sur les mains. J'opère avec des gants de caoutchouc de chez Fabre. Je ne leur connais pas d'inconvénients si on opère à ciel ouvert. Mais s'il faut opérer dans une cavité, se guider sur le doigt, il y a des difficultés inhérentes, non seulement à la stricture occasionnée par les gants, mais surtout à ce qu'on est privé du précieux concours de l'extrémité de l'ongle pour le toucher.

Je ne me sers plus que de catgut, qui ne me paraît pas impossible à stériliser, puisque je n'ai pas d'accidents. A propos de la sécrétion des mains, qui peuvent ainsi devenir septiques au cours des opérations, j'y remédie en me les trempant souvent dans une solution antiseptique très faible.

M. Poirier. — A l'heure actuelle, nous savons nous laver les mains; nos mains sont propres au début d'une opération. Mais tout le monde sait qu'après une demi-heure de travail, même dans un milieu aseptique, la main n'est plus propre, parce qu'elle a sué. J'en ai souvent fait l'expérience par des ensemencements l'an dernier dans mon service d'Ivry. Je crois que nous pouvons combattre et atténuer en partie les suites de cette sudation manuelle. Pour mon compte, la veille des opérations délicates, je provoque une sudation locale en enfermant pendant une heure ou deux mes mains aseptisées au préalable et trempées dans une solution d'hypochlorite de chaux, dans des gants très larges en tissu caoutchouté.

Il n'en est pas moins vrai que l'important est de ne point se salir les mains, et pour cela de les protéger par des gants de caoutchouc toutes les fois que l'on doit opérer en un milieu septique. C'est là une règle qu'il ne faut point oublier.

M. Quénu. — M. Tuffier distingue l'asepsie de laboratoire de l'asepsie chirurgicale; même dans un laboratoire, je le concède, on arrive difficilement à la perfection, mais c'est comme dans la vie, si on n'atteint pas l'idéal, il faut au moins s'en rapprocher.

Il faut surtout ne pas contaminer ses mains ; quoi qu'en dise M. Poirier, s'il a touché quelque chose de sale aujourd'hui, il sera difficilement aseptique demain. Le produit des glandes sébacées est septique, je le sais, et Furbringer avait déjà signalé ce fait. J'ai maintes observations pour le prouver, en voici une entre autres.

Il y a quelques années, je venais d'opérer un fibrome très simple; mon assistant me dit, l'opération finie, qu'il avait dû faire la veille un curettage d'urgence à une femme apportée infectée de la ville. Il ajouta qu'il s'était désinfecté en conséquence. Malgré cela, lui dis-je, j'ai les plus grandes craintes pour notre malade, qui fut en effet emportée en quarante-huit heures par une septicémie suraiguë.

Les cas cités par M. Bazy sont des observations négatives; le pus est quelquefois tellement virulent qu'on ne peut arriver à se désinfecter. Je persiste donc à croire qu'il est fort difficile de se désinfecter les mains et qu'il faut surtout ne pas se les salir. Je suis, autant que M. Tuffier, parfaitement convaincu de l'importance de la siccité des plaies, mais je n'ai pas voulu aborder cette question.

Quant aux fils, les fils plats ne se desserrent pas en effet, et je recommande avec les fils ronds de faire le nœud double.

Les tissus réagissent spécialement : les sutures séro-séreuses ne suppurent pas, ne s'éliminent pas, parce que le péritoine est plus tolérant. Dans les hernies, on réunit des tissus fibreux, à vitalité faible, je ne fais même pas le repérage des tissus avec des pinces, je ne fais ni surjet ni suture en U.

Il ne faut pas dire, et je réponds encore en cela à M. Tuffier : je ne me servirai des gants que dans les opérations septiques; il est telle opération septique pour laquelle l'usage du gant est gênant, par exemple une appendicite à chaud, un Estlander; or, si on a fait une de ces opérations et si le lendemain on a à pratiquer une opération aseptique, on sera bien aise de recourir aux gants.

Présentations de malades.

Fracture oblique de jambe. Extension continue par l'appareil de Hennequin. Excellent résultat.

M. Chaput. — Il s'agit d'un malade de trente-six ans qui, le 11 décembre 1898, glissa sur la chaussée, au bord du trottoir; sa jambe gauche plongea dans une bouche d'égout, et le malade

tomba sur le trottoir, tandis que sa jambe, soumise à un mouvement de flexion, se brisait avec un craquement.

A l'entrée, on constatait un gonflement énorme du membre, avec un épanchement sanguin considérable. Il existait aussi un léger emphysème sous-cutané, occasionné sans doute par une petite plaie située à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe.

L'examen direct révèle une fracture de jambe siégeant, sur le tibia, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os. Le péroné est brisé à quelques centimètres plus haut. Le membre présente un raccourcissement de 3 centimètres environ.

La fracture du tibia est très oblique. Le fragment supérieur est taillé en biseau avec une pointe saillante sur la face interne de l'os. Le fragment fait une forte saillie en dedans, et appuie sur la face profonde de la peau, de telle façon qu'il est à craindre qu'une perforation par gangrène, ne survienne à bref délai.

Il existe, en outre, de nombreuses phlyctènes de la peau, remplies de liquide séro-sanguinolent. Le fragment inférieur est porté en haut, en arrière et en dehors et à son niveau on constate une dépression, au fond de laquelle ce fragment n'est que difficilement senti.

La réduction de la fracture est facile, mais aussitôt que l'extension est supprimée, la déviation se reproduit aussi complète et aussi menaçante.

Je pensais qu'une intervention urgente s'imposait, et je me proposais de la pratiquer, quand M. Hennequin voulut bien examiner le malade. Il fut d'avis de placer d'abord un appareil ouaté renforcé d'attelles appliquées sur le membre réduit.

Cet appareil fut supprimé au bout de huit jours. M. Hennequin appliqua ensuite son appareil à extension continue qui resta en place pendant cinquante-trois jours — un appareil plâtré fut ensuite appliqué pendant un mois. Depuis quelques jours, le malade commence à marcher. La réduction de la fracture est parfaite et il serait difficile de retrouver la trace de la cassure.

Il est intéressant de signaler la perfection du résultat obtenu par la méthode de M. Hennequin, dans un cas particulièrement grave et très difficile à traiter par les procédés habituellement en usage.

Présentation de pièces.

Appendicite.

M. Peyrot. — Je vous présente un appendice opéré d'urgence par M. Souligoux, qui fut mandé par mon interne, trente heures

environ après le début des accidents. Le malade avait, au moment où on l'opéra, 38°,5 et 84 pulsations, sans réaction péritonéale mais avec une douleur très nette au point de Mac Burney. M. Souligoux trouva derrière le cæcum l'appendice entouré de sérosité louche. Au moment où il a été enlevé, il présentait une vingtaine de petits abcès rougeâtres. A part la pointe, l'appendice était en voie de sphacèle à la suite d'une folliculite aiguë généralisée. M. Souligoux plaça un drain. Le lendemain, chute de température. A partir du sixième jour, la température tomba complètement. Le huitième jour, on enleva les fils. Voici donc un appendice opéré au bout de trente heures, en voie de sphacèle. Le résultat a été très simple.

M. P. Reynier. — L'observation qu'a présentée M. Peyrot est évidemment très intéressante; elle nous prouve que lorsque le pouls est à 84, la température à 38°,5, on peut opérer, avec succès, au bout de quarante-huit heures, une appendicite. Mais il ne faudrait pas en conclure que si ce malade n'avait pas été opéré, il serait sûrement mort, et qu'on n'aurait pas pu l'opérer avec succès, quelques jours plus tard. En effet, l'appendice était en arrière du cæcum et il est plus que probable que si l'abcès s'était collecté, cet abcès aurait été rétro-cæcal, c'est-à-dire dans une position où, généralement, se fait la localisation de la collection purulente. Je ne voudrais pas qu'on puisse déduire de ce qu'on nous présente des appendices fort altérés, en imminence de gangrène, que sûrement ces malades étaient condamnés à la mort si on ne les avait pas opérés immédiatement. J'ai pour mon compte personnel ouvert le cinquième et le sixième jour, avec succès, des abcès contenant des matières fécales, des corps étrangers, signe que l'appendice s'était perforé; je l'ai même trouvé gangréné, et cependant malgré ce sphacèle il avait pu se produire une localisation, et je n'ai pas eu à me repentir de mon intervention retardée.

Ce qui m'intéresserait beaucoup plus, ce serait de connaître ces observations de malades opérés avec succès en hypothermie, avec température au-dessous de 37 et pouls petit, fréquent au-dessus de 130. Ces guérisons me feront alors devenir bien plus rapidement interventionniste.

M. Tuffier. — J'ai défendu nettement devant vous, l'opération immédiate dès l'éclosion de l'appendicite ; et nombre de nos collègues se rangent à cette conduite : les faits d'intervention dans les premières heures de la maladie, sont encore peu nombreux, et

comme seuls ils peuvent entraîner la conviction, je me permets de vous rapporter le cas suivant :

J'ai été appelé, il y a neuf jours, auprès d'une jeune fille de quatorze ans, dont voici l'histoire.

Depuis le mois de novembre 1898, cette enfant avait eu quatre fois des douleurs abdominales principalement localisées à droite, mais dont la durée ne dépassait pas quelques heures et ne nécessitait aucun traitement. Le dimanche 20 février, elle fut prise des mêmes accidents vagues siégeant dans tout l'abdomen; comme elle était à l'approche de ses règles, généralement douloureuses, on se contenta de prendre sa température, qui était normale; les fonctions intestinales n'étaient en rien modifiées. Le lundi matin, à huit heures et demie, mêmes douleurs plus localisées à droite, température, 37 degrés. A onze heures du matin, la température s'élève à 38°,4. M. Pellereau est appelé. La douleur était très peu marquée, le pouls à 110; il appelle en consultation M. Jules Simon, et nous nous trouvons à cinq heures et demie auprès de la petite malade. La température est retombée à 37 degrés, le pouls est à 120, le ventre absolument normal; la douleur provoquée au point de Mac Burney est le seul et unique symptôme.

Avant même que je n'aie pris la parole, mes collègues proposent l'intervention. J'opère à huit heures et demie, c'est-à-dire neuf heures après le début des accidents rendant possible le diagnostie. Je trouve la base de l'oppendice couverte de fausses membranes, son extrémité baigne dans un liquide louche, sans adhérences, elle est sphacélée et un abcès, du volume d'un petit pois, existe au milieu de cette extrémité gangrenée. Résection de l'appendice, application d'une mèche pendant vingt-quatre heures. Suites opératoires nulles. La malade est actuellement au neuvième jour et en parfait état et repartie pour la Hollande.

L'examen de la pièce montre, en dehors de la gangrène de son extrémité, une dilatation de l'appendice avec ecchymoses de la muqueuse, et un rétrécissement fibreux au niveau de son insertion sur le cæcum. Je ne vois pas bien ce que ma malade aurait gagné à la temporisation.

Je crois qu'il sera nécessaire de noter maintenant d'une façon bien précise, comme nous le faisons pour les plaies ou les ruptures de l'intestin, non pas le nombre de jours, mais le nombre d'heures qui séparent le début des accidents, du moment de notre intervention. Cette notion est indispensable à l'établissement de la statistique qui entraîne certainement, à mon avis, la conviction.

M. Guinard. — Je ne veux pas laisser se terminer cette grande discussion sur l'appendicite sans venir faire, en quelque sorte,

amende honorable. Je viens d'assister à un drame clinique qui me décide à faire un pas en avant, du côté de ceux qu'on a appelés ici « les radicaux », et puisqu'on m'a classé parmi les « opportunistes », on pourra dire maintenant que je suis un « rallié ».

En deux mots, voici le fait : un jeune homme de dix-sept ans, fort et bien portant, est pris brusquement dans la nuit de douleurs de ventre avec vomissements ; le lendemain, il va cependant à ses affaires, croyant à une simple indigestion. A midi, il rentre chez lui et se couche ; les vomissements continuant, il fait venir mon ami, le Dr Goin, qui me téléphone dans la soirée, et je vois le malade trente-six heures après le début de la crise. L'aspect général est excellent, et l'examen local montre comme seul symptôme la douleur localisée au point classique sans hyperesthésie cutanée. Le ventre n'est nullement ballonné, le malade rend des gaz par l'anus. La température axillaire est à 38 degrés et le pouls, qui est à 100, est plein et fort. « Si je l'avais vu hier comme il est ce matin, me dit le Dr Goin, je ne vous aurais pas dérangé. » Et, de fait, je recommande l'usage de la glace et de l'opium ainsi que l'immobilité absolue, en annonçant que lorsque cette « crise subaiguë » sera passée, je viendrai enlever l'appendice à froid. Quarante-huit heures après, la scène change brusquement, et je trouve notre malade avec un facies grippé, des vomissements incessants, les extrémités refroidies et le pouls petit, misérable, irrrégulier. J'opère séance tenante et j'arrive sur un appendice en massue du volume du pouce, sphacélé, avec deux perforations et deux boulettes de matières fécales. Un pus d'une fédité extraordinaire coula abondamment, entraînant une boulette fécale du volume d'un pois.

Je n'insiste pas davantage sur le côté technique. Il y a douze jours que l'opération est faite, et je considère mon petit malade comme en voie de guérison ; mais ce n'est que grâce à la caféine et aux hautes doses de sérum, que nous sommes arrivés à relever le cœur défaillant sous l'infection générale. Pendant quarante-huit heures, je l'ai cru perdu, et j'étais vraiment navré en songeant à la responsabilité que j'avais prise de ne pas opérer le premier jour, alors que l'état général était parfait. Je le répète, il me semble bien que la temporisation a failli coûter la vie à ce malade, alors que, bien des fois, je me suis abstenu de même sans inconvénient dans des cas qui me paraissaient plus menaçants. Aussi, je crois pouvoir dire que si l'excès en tout est un défaut, il faut mieux pécher du côté de l'intervention rapide, même dans les cas qui *paraissent* bénins. L'excès contraire causera parfois de véritables catastrophes, alors que l'intervention dans ces cas d'allure subaiguë ne présente vraiment pas de gravité particu-

lière. Pour moi, voilà quel a été mon chemin de Damas. Il m'arrivera maintenant sans doute d'enlever quelques appendices qui, restés en place, n'auraient pas causé d'accidents; mais, à coup sûr, je ne m'exposerai plus à des incidents comme celui auquel je viens d'assister.

M. P. Reynier. — L'observation très intéressante de M. Guinard pour être plus concluante aurait besoin d'être plus développée. Je désirerais connaître exactement et le pouls et la température. S'il a eu dans ces conditions un succès, je lui rappellerai que dans ma communication j'ai cité des observations de malades, où en présence d'une hypothermie très accusée 36°,4, j'ai eu à me louer d'avoir commencé par relever la température, et soutenu le pouls avec des injections de sérum et de caféine, avant d'opérer; quelqus jours après, je pouvais ouvrir avec succès des abcès, qui s'étaient localisés.

Devant ces faits contradictoires, ce ne sont donc pas des cas isolés, mais des statistiques d'observations détaillées, qui pourront faire notre conviction.

M. Quenu. — Dans ce moment, nous faisons tous notre instruction. J'accepte l'intervention même pour les cas subaigus. Le pouls, la défense musculaire sont des signes illusoires. J'ai eu dans mon service un malade atteint d'appendicite, avec 37° et 68 pulsations; ni matières ni gaz depuis quatre jours. Je l'opérai; il avait une perforation de l'appendice et des lésions de péritonite généralisée auxquelles il a succombé.

M. Tuffier. — Bien que notre parti gagne des voix, il faut rappeler tous les faits : J'ai vu une malade qui, prise d'un frisson, entre à l'hôpital avec 40 degrés; le lendemain 37° et pouls vers 80; pas de gaz depuis la veille; je l'ai opérée à 37°; l'appendice était perforé et il est réséqué maintenant, et je l'ai envoyé chez M. Letulle qui en fait l'examen histologique.

M. Peyrot. — J'ai présenté une pièce et, à propos d'une pièce, je regrette qu'on soit parti ainsi sur une discussion. Est-ce parce que l'appendice était derrière le cæcum qu'on ne doit pas craindre d'accidents? Je ne puis accepter les objections de M. Reynier, elles me paraissent puériles. Nous prétendons qu'en opérant de bonne heure, nous guérissons aussi bien nos malades qu'en les opérant à froid. Je ne sais pas si mon malade serait mort si on

ne l'avait pas opéré. Il avait certainement des chances de péritonite. Il a été opéré, n'en a pas eu et a guéri.

Fragment de plomb logé dans l'épaisseur du plateau tibial.

M. Bazy. — Je vous présente ce fragment de plomb en plaque, ayant une forme irrégulièrement rectangulaire, mesurant 1 cent. 1/2 sur 1 cent. et 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Je l'ai extrait, il y a huit jours, de l'intérieur du plateau tibial gauche d'un jeune homme, J. R.., serrurier, 19 ans, entré le 24 février dernier dans mon service à Beaujon, salle Robert, 17.

Ce fragment était allé se loger dans le tibia dans les circonstances suivantes. Le 14 juillet dernier, c'est-à-dire, il y a huit mois, ce jeune homme bourrait avec de la poudre un canon de plomb, lorsque celui-ci éclata. Les morceaux volèrent de toutes parts; les uns s'arrêtèrent dans le bras, d'autres dans la cuisse gauche du malade sur sa face externe.

Un certain nombre ont été retirés immédiatement, quelques-uns, je crois, par notre collègue, M. Lejars, qui fit faire la radiographie de la région du genou et constata l'existence d'un fragment au niveau du plateau du tibia.

Il ne l'enleva pas; notre collègue nous dira pourquoi.

Ce malade est venu dans mon service, nous disant qu'il avait un fragment de plomb dans sa jambe, ayant en outre de l'hydarthrose du genou, disant souffrir dans son genou quand il marche un peu, et nous demandant de le débarrasser de ce corps étranger.

Avant de décider une intervention, je le fais radiographier sur deux plans : 1° d'avant en arrière, 2° latéralement.

Nous constatons alors très nettement l'existence d'un corps étranger situé, d'après les épreuves radiographiques, sur la masse externe du plateau tibial, au voisinage de sa face postérieure et un peu en dehors de la ligne médiane, tout à fait au voisinage de l'articulation.

Muni de ces données, je procède à l'opération, dont je transcris les détails d'après mon registre d'opérations.

Extraction d'un corps étranger de l'extrémité supérieure du tibia gauche (fragment de plomb).

Incision verticale de 6 centimètres, qui est ultérieurement prolongée jusqu'à 10 centimètres. On arrive sur la face externe de l'articulation, sur le ménisque inter-articulaire, et on ouvre l'articulation d'où s'échappe le liquide synovial sanguinolent qui y était contenu.

On fait bâiller l'articulation et on insinue une sonde cannelée au-dessus et au-dessous de ce ménisque sans rien sentir ni amener.

C'est alors qu'on prolonge l'incision plus bas pour avoir un peu de jour; on ne voit rien et le stylet ne sent rien non plus.

Alors, au siège supposé du corps étranger, on creuse la face postérieure de l'os avec la curette tranchante. A un moment, et quand on est à un centimètre peut-être de profondeur, le corps étranger est projeté au dehors.

On ferme par deux plans de suture, un profond au catgut, un pour la peau au crin de Florence. Chloroforme.

Pansement iodoformé.

Comme on le voit, ce corps étranger se superpose à peu près exactement sur l'ombre antéro-postérieure, un peu moins bien sur l'ombre latérale; il était donc disposé verticalement, mais sur un plan un peu oblique de dehors en dedans, presque parallèle à la face postérieure du tibia. Ce corps étranger, qui avait son point d'entrée à 10 centimètres au moins au-dessus du point sur lequel il était implanté, n'a pas laissé de trace de son passage dans les parties molles.

La radiographie ne porte pas non plus trace de point de pénétration dans l'os.

Ce fait montre une fois de plus l'utilité de la radiographie — et de la radiographie sur deux plans. Sans elle, impossible de soupçonner le corps étranger, par suite la cause de la douleur et de l'hydarthrose.

Sans elle, impossibilité de trouver ce corps étranger et de connaître son siège précis.

Gastrectomie.

M. Poirier. — Messieurs, je vous présente un estomac atteint de cancer que j'ai enlevé lundi dernier. La tumeur, remarquable par son volume, pèse 275 grammes; elle comprend tout l'estomac à l'exception du cul-de-sac gauche, et la première portion du duodénum; la longueur est de 17 centimètres au niveau de la grande courbure, de 8 au niveau de la petite; la hauteur est de 9 centimètres au niveau de la partie moyenne, de 8 au cardia. Le néoplasme occupe les trois quarts des deux faces de l'estomac, le pylore et la première portion du duodénum : sa forme est celle de l'estomac dont il infiltre les parois; l'épaisseur varie sur chaque paroi de 3 à 4 centimères; sur la première portion du duodénum et sur les deux faces de l'estomac, il se termine par un

bord saillant: au niveau de la petite courbure, il s'étend jusqu'à 2 centimètres du cardia; en ce dernier point, le rebord de la tumeur est un peu moins saillant. Les deux épiploons étaient chargés de gros ganglions, tout le long des deux courbures et, comme vous le voyez, j'ai dû en réséquer une bande épaisse.

La tumeur, qui présente sur sa face postérieure un kyste de la grosseur d'une noix, était adhérente de tous côtés. La dissection de ces adhérences a été longue; lorsque la tumeur fut tout á fait dégagée, je constatai qu'il était impossible de faire une gastro-entérostomie postérieure, car il n'y avait plus de face postérieure de l'estomac, et je me résignai à faire la gastrectomie. J'eus beaucoup de peine à dégager le duodénum, au-devant de la deuxième portion duquel s'étalaient des ganglions adhérents; le duodénum dégagé, fut fermé en bourse au niveau du tiers supérieur de la deuxième portion. Il me fut très difficile de dégager le côté droit du cardia, pour placer une pince au delà de la tumeur qui envahissait toute la petite courbure. L'estomac étant réséqué, je termine en abouchant ce qui restait de sa portion cardiaque avec la première anse jéjunale. L'opération dura trois heures et demie. Elle a été bien supportée; les suites immédiates sont très favorables : la température est toujours à 37 degrés; cependant, nous ne sommes qu'au troisième jour.

Au point de vue clinique, il est intéressant de noter : 1° que l'homme est âgé de trente-six ans; 2° qu'il souffrait depuis cinq ans; 3° qu'il n'avait jamais eu ni vomissements, ni hématémèses, ni mélœna; 4° que la tumeur, pourtant si grosse et si facile à reconnaître à la palpation, avait échappé, jusqu'à il y a trois semaines, aux recherches de cliniciens expérimentés.

Rétrécissements tuberculeux de l'intestin.

M. Guinard. — Je présente à la Société de chirurgie un énorme segment d'intestin grêle que j'ai réséqué il y a six jours. Comme on peut le voir, cet intestin grêle présente quatre rétrécissements circulaires très prononcés, échelonnés sur une étendue d'intestin grêle de $1^{m},10$ mesurée sur le bord libre. Le dernier rétrécissement le plus serré siégeait à 5 centimètres du cæcum, et en amont, l'intestin est dilaté et épaissi, au point de ressembler absolument à l'estomac. Il a 31 centimètres de circonférence. Ces sténoses, d'origine tuberculeuse, donnaient des accidents d'obstruction chronique qui duraient depuis quatorze ans. Ma petite malade, qui a dix-sept ans, va aussi bien que possible. J'espère la présenter

bientôt à la Société de chirurgie, et c'est seulement à cette occasion que je donnerai tous les détails cliniques de l'observation, la technique opératoire que j'ai suivie et les examens histologiques fournis par M. Gombault.

Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine appendiculaire.

M. Sieur. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. le médecin principal Robert, les pièces du malade dont il vous a parlé dans la dernière séance, et qui a succombé dans son service, à la suite d'un volvulus de la terminaison de l'intestin grêle, par péritonite chronique d'origine appendiculaire.

La portion terminale de l'iléon, examinée sur une longueur de 50 centimètres environ, présente la disposition suivante : partant du cæcum, elle plonge verticalement en bas, décrit ensuite un tour et demi de spire, en se dirigeant à gauche; les deux circonvolutions concentriques adhèrent fortement entre elles. Au point le plus central de la spire, l'intestin plonge en arrière et en haut, présentant en ce point une flexion à angle aigu sur sa direction précédente : c'est à ce niveau que siégeait évidemment l'obstruction. Puis l'iléon, toujours adhérent à la portion en spire, se dirige en haut et à droite pour aller rejoindre la perforation accidentelle. Cette perforation siège immédiatement au-dessus de la portion en spire; elle a été provoquée par une forte adhérence qui s'insère, d'une part, sur le bord du bout supérieur de la perforation, d'autre part, sur la partie la plus terminale de l'iléon, juste au niveau de l'insertion de la pointe de l'appendice.

C'est au prix des plus grandes difficultés, que cette dernière portion de l'intestin grêle a pu être enlevée sans rupture; elle présentait des adhérences extrêmement résistantes avec la face postérieure de la vessie, et pour arriver jusqu'à elle, il a fallu rompre des masses fibreuses englobant les anses intestinales et remplissant complètement le petit bassin.

L'histoire clinique de ce malade remonte à avril 1898. A cette époque, première atteinte de coliques intestinales ayant duré une demi-journée seulement; une deuxième, en septembre, persista plusieurs jours, et une troisième, en décembre, plus grave, fit proposer une intervention qui fut refusée.

Le 10 janvier 1899, nouvelles douleurs abdominales très vives avec constipation opiniâtre, qui résiste à tous les traitements employés, et nécessite l'admission du malade à l'hôpital.

L'état général est assez bon; facies anxieux, péritonéal; ventre

ballonné, tendu; exploration rendue impossible par une défense musculaire très énergique. La douleur diffuse s'exaspère par crises, sans point douloureux fixe.

Le toucher rectal révèle, au niveau de l'ampoule, un rétrécissement très prononcé, fixe, situé à la partie antérieure, dans le cul-de-sac de Douglas; l'existence de cette sténose fait penser d'abord à une tumeur extrinsèque; on la rapporte ensuite à l'existence de masses agglutinatives et adhérentes entre la vessie et le rectum.

Pas de fièvre, pas de hoquet ni de vomissements; pouls à 76, très régulier.

Les purgatifs donnés provoquent quelques selles, mais à partir du 21 janvier, la constipation résiste à tous les traitements employés.

L'opération est décidée devant la persistance de la constipation et des douleurs.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon est trouvé adhérent à la fosse iliaque droite; il est libéré pour mettre à nu l'intestin. Les anses grêles se présentent en paquets; elles sont un peu distendues, fortement vascularisées. Des adhérences rosées, déjà résistantes cependant, les unissent entre elles. Ces adhérences se déchirent facilement, on ne constate aucun obstacle à leur niveau. L'S iliaque est normale.

L'appendice est fortement épaissi, il est placé à cheval sur la terminaison de l'intestin grêle, se dirigeant en bas et en dedans. La pointe est fortement adhérente à la paroi intestinale. Après libération, résection de l'appendice entre deux ligatures.

Au-dessous de l'appendice, et plongeant dans le petit bassin, une masse d'anses grêles adhérentes paraît être le siège de l'obstacle. On essaie de libérer cette portion; malgré toute la prudence employée, l'intestin se déchire au point d'insertion d'une forte bride que l'on voulait enlever.

Des sutures sont placées sur l'anse rompue; un premier, un deuxième plan de sutures ne tiennent pas, le fil coupe la paroi intestinale. On songe alors à faire l'entéro-anastomose entre une anse d'intestin grêle placée en amont et le gros intestin; mais on y renonce devant la durée déjà considérable de l'opération et l'affaiblissement du sujet.

Pour terminer, le bout supérieur de l'ouverture intestinale est suturé à la paroi abdominale au niveau de l'incision formant anus artificiel.

Les jours suivants : coliques fréquentes; facies péritonéal; amaigrissement rapide et mort sept jours après l'intervention.

Ostéomyélite du tibia droit avec nécrose presque totale de la moitié supérieure de la diaphyse; ablation de l'os nécrosé; régénération périostique d'un os nouveau. Guérison.

M. Sieur. — M. Walter vous a présenté, dans la dernière séance, un malade chez lequel il avait dû réséquer le péroné pour une difformité de la jambe consécutive à une résection ancienne de la diaphyse tibiale pour ostéomyélite non suivie de reproduction de l'os. Ayant eu l'occasion de pratiquer avec notre excellent ami le Dr Fayard, chirurgien en chef de l'hôpital de Niort, une résection diaphysaire du tibia suivie de régénération complète de l'os, j'ai cru intéressant de vous présenter l'observation de ce malade avec la pièce osseuse et une épreuve radiographique, prise quatorze mois après l'intervention.

Le jeune L. S... treize ans, mercier ambulant, est pris brusquement, en août 1896, de fièvre intense et de douleur localisée à la région épiphysaire supérieure du tibia droit. Admis à l'hôpital de Royan, on lui incise un abcès au niveau de la face interne du tibia; issue de pus sans fragments osseux. Au bout de quinze jours, l'enfant quitte l'hôpital et rentre dans sa famille où l'on se contente de mettre des cataplasmes et bientôt après de la charpie imbibée de vin aromatique.

Entré au mois de septembre 1897, à l'hôpital de Niort, soit treize mois après le début des accidents, nous le trouvons dans l'état suivant.

Etat général mauvais; enfant pâle, anémié par sa longue suppuration et des accidents fébriles entretenus par la rétention du pus et la marche progressive des accidents ostéomyélitiques.

Localement, le tibia droit est le siège d'une inflammation qui a envahi toute la diaphyse et s'étend d'un pôle à l'autre. Le pôle supérieur présente deux ouvertures à peau décollée; un troisième trajet siège au niveau du pôle inférieur; dans l'intervalle, les tissus mous qui recouvrent la face interne du tibia sont totalement soulevés par le pus.

Une longue incision allant d'un pôle à l'autre est faite sur la face interne du tibia et relie les deux principaux orifices fistuleux. On met ainsi à découvert un séquestre long de 17 centimètres, comprenant, en haut, toute l'épaisseur de la diaphyse, sauf une mince lamelle osseuse située du côté de la face externe et qui sert de trait d'union entre l'épiphyse supérieure et la moitié inférieure de l'os; curettage soigneux de tous les clapiers en évitant avec soin d'ébranler ou de fracturer la lamelle osseuse restée indemne.

Pas d'inflammation du côté du genou ni de l'articulation du cou-de-pied, péroné absolument sain, capable, par conséquent, de servir d'attèle protectrice.

La plaie, soigneusement désinfectée, est pansée à la gaze iodoformée; les tissus mous sont réunis sur toute la partie moyenne de l'incision et le membre est placé dans une gouttière plâtrée disposée de façon à

permettre le renouvellement du pansement sans courir le risque de fracturer le tibia.

A partir de ce moment, l'état général de l'enfant subit une transformation complète et sept mois après, la marche pouvait être reprise sans trop de difficultés.

Nous avons revu notre petit opéré au mois de septembre 1898, c'est-à-dire un an après notre intervention. La guérison de la jambe droite est complète. A la palpation, le tibia paraît reformé dans sa totalité surtout au niveau de sa partie moyenne. En haut, immédiatement au-dessous de l'épiphyse supérieure, il existe encore une excavation notable des tissus, mais ainsi que le montre l'épreuve radiographique, il est facile de voir que de l'os jeune entoure la mince lamelle osseuse qui seule avait résisté au travail nécrosant et avait pu être conservée.

Naturellement, par suite de cette régénération osseuse qui ne peut que s'accentuer par la suite, il ne s'est produit aucune déformation du membre ; la jambe est en rectitude parfaite; la longueur du tibia est de 38 centimètres, comme celle du côté opposé ; l'atrophie musculaire a disparu et la marche se fait sans boiterie.

Nous avons pu constater, au bout d'un an, la même régénération osseuse chez un jeune enfant de quatre ans auquel nous avions enlevé 13 centimètres de la diaphyse péronière droite, avec l'aide de notre excellent confrère le D[r] Mayet.

Par la palpation et à l'aide de la lorgnette de Segui mise obligeamment à notre disposition par M. Queuille, pharmacien de l'hôpital de Niort, à qui nous sommes redevable de l'épreuve radiographique que nous vous avons montrée, nous avons pu voir que la moitié inférieure de la diaphyse péronière qui avait dû être enlevée s'était complétement reproduite. Les deux malléoles avaient leurs rapports normaux et le petit malade marchait avec la plus grande facilité.

Ces faits n'ont évidemment rien de particulièrement exceptionnel; ils prouvent du moins que si, chez des sujets jeunes, l'intervention est faite avant que le travail ostéomyélitique ait eu le temps de nécroser la *totalité* de la diaphyse, on peut espérer voir cette dernière se reproduire et éviter ainsi les déformations consécutives.

M. Poirier. — Si on regarde la radiographie d'ici deux ans, on verra que le tibia sera complètement reproduit.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel; L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 29 MARS 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. de Vlaccos (de Mételin), avec des observations qui seront lues au cours de la séance;

3° Une lettre de M. Guelliot (de Reims), qui envoie une observation de *volvulus du gros intestin*, intéressante à cause de sa ressemblance avec les observations de M. Routier, observation qui sera lue au cours de la séance.

A propos de la correspondance.

M. Nélaton présente, au nom de M. Bide, deux observations : M. Nélaton, rapporteur.

Lectures.

Abcès splénique consécutif à un anthrax chez un diabétique,

par M. le Dr DE VLACCOS (de Mételin),
membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Homme de cinquante-six ans, obèse, arthritique, diabétique (200 grammes de sucre par vingt-quatre heures), fut pris le

14 novembre dernier d'un état courbatural avec frissons, troubles digestifs et fièvre de 39°6. Son médecin habituel supposant la grippe lui prescrivit un purgatif, et 1 gramme de quinine qui restèrent sans effet. Le troisième jour de cet état, le malade accusa un point extrêmement douloureux, à la région dorsale, au niveau duquel apparut bientôt une tuméfaction avec rougeur diffuse. C'est alors, que nous vîmes pour la première fois le malade. Notre examen nous mit en présence d'un anthrax diffus, envahissant. Vu l'état constitutionnel du malade et la vivacité de l'infection staphylococcique, nous exposâmes à l'entourage toute la gravité de la situation. Une intervention énergique au thermo, suivie de pansements humides et chauds et un traitement antidiabétique sévère, purent arrêter les progrès de l'anthrax, et permirent au malade un mois plus tard d'entrer en convalescence (60 grammes de sucre par vingt-quatre heures.) Tout donc semblait devoir marcher pour le mieux, lorsque le patient fut repris de frissons, de fièvre intense, 39°8, avec vomissements, pouls 130, et d'une douleur lancinante dans l'hypocondre gauche. Quelques injections de morphine, une application de sangsues et la glace en permanence amendèrent la douleur au point de rendre l'examen supportable.

Le point douloureux avait son siège principal au rebord inférieur de la 10e côte, au milieu de l'espace compris entre les lignes axillaire et mammaire. De là partaient des irradiations douloureuses, dont la principale se faisait sentir à l'*épaule gauche*. La région très douloureuse au palper était mate à la percussion; pas de tuméfaction appréciable, ni de rougeur. Léger tympanisme abdominal. Glace en permanence, quinine, opium. Le neuvième jour, tuméfaction œdémateuse évidente de la région avec rougeur diffuse. Ponction exploratrice, pus sanglant. Large incision au thermo, qui nous donne accès dans une cavité purulente, vaste, remplie d'une bouillie rougeâtre à odeur putride. L'exploration nous fit voir que l'abcès avait pour siège la rate fortement adhérente aux parois par l'inflammation périsplénique.

Lavage antiseptique et tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Les symptômes généraux disparurent bientôt, la rate notablement engorgée diminua de volume, et vingt-cinq jours plus tard le malade était complètement guéri de son abcès splénique.

L'examen et la culture bactériologique démontrèrent dans le pus la présence du staphylococcus aureus. Il est donc évident que l'abcès splénique avait comme agent pathogène le même microbe que l'anthrax.

Volvulus du gros intestin; laparotomie le dixième jour : guérison,

par M. le Dr O. GUELLIOT (de Reims), membre correspondant.

L'observation qui suit, vient s'ajouter aux cas similaires qui ont été cités dans une des dernières séances de la Société de chirurgie, à la suite de la communication de M. Routier sur la *torsion de l'S iliaque.*

Un vigoureux journalier de quarante et un ans entre dans mon service le samedi 22 octobre 1898; il raconte que *sept jours* auparavant, le 15, il a eu un vomissement, sans avoir ressenti de douleur abdominale bien nette; depuis, il n'a rendu ni selles, ni gaz, et le ventre s'est tendu peu à peu. Il est resté chez lui, sans aucun soin médical, jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu. L'interne de garde fait donner un lavement purgatif, sans résultat.

Le lendemain, dimanche, l'état est assez satisfaisant pour qu'on ne songe pas à me prévenir, et je ne vois pour la première fois le malade que le lundi, 24, au *dixième jour* de son occlusion.

N'était une dyspnée très accentuée, on ne supposerait pas que depuis neuf jours, l'occlusion intestinale est complète. La gêne de la respiration s'explique dès qu'on découvre le patient : son ventre est énorme, globuleux, mais avec prédominance de la saillie en haut, dans la région sus-ombilicale et sur les côtés. Ni empâtement, ni points douloureux; il n'y a pas eu de vomissements depuis celui du début, et le malade peut absorber un peu de bouillon. Il est à noter que cet homme vient de faire les vendanges. Or, il n'est pas rare d'observer dans notre région, des vendangeurs atteints d'obstruction intestinale par accumulation dans l'ampoule rectale ou dans le cæcum, de pépins de raisins. Mais, on ne sent rien de spécial du côté du cæcum et l'ampoule rectale est vide. En examinant très attentivement, je découvre au-dessus de l'ombilic une petite masse profonde, certainement graisseuse, ayant le caractère d'une hernie épigastrique paraissant plus dure au niveau de son pédicule. Est-elle la cause indirecte de l'obstruction qui siège certainement sur le gros intestin? En tout cas il est indiqué de faire l'incision à ce niveau.

Je pratique donc la laparotomie sus-ombilicale et j'enlève en passant la petite tumeur graisseuse qui est reliée par un pédicule au péritoine pariétal, mais sans participation d'organes plus profonds dans la hernie. A l'incision du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de liquide rougeâtre, et immédiatement apparaît une anse intestinale très distendue qui occupe toute la région épigastrique et se continue dans les flancs; elle est constituée par une partie du côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant et l'S iliaque ; l'intestin grêle n'est pas dilaté. Le gros intestin, surdistendu, a au moins le volume du bras, avec ses vaisseaux très congestionnés; il est tordu sur lui-même, de sorte qu'on peut suivre l'anse de droite à gauche, puis trans-

versalement de gauche à droite, et enfin vers la fosse iliaque gauche. La détorsion est facile, mais il est impossible de rentrer l'anse trop volumineuse. Une incision est faite sur le bord libre; après issue d'une grande quantité de gaz, la réduction se fait aisément. Pour plus de sûreté, on suture incomplètement la plaie faite à l'intestin, et on la fixe à l'angle inférieur de l'incision cutanée, de façon à laisser une fistulette qu'il sera facile de fermer plus tard.

Dans la nuit, l'opéré a trois selles abondantes, puis de la diarrhée pendant deux jours. La petite plaie abdominale laisse passer quelques gaz, mais pas de matières fécales; elle se ferme spontanément, et quatre semaines après l'opération, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

Les points intéressants de cette observation sont :

1° Le peu de symptômes réactionnels : un seul vomissement au début et le maintien du bon état général;

2° La distension énorme du ventre avec prédominance du gonflement dans la région sus-ombilicale ;

3° L'intégrité de l'intestin et du péritoine au dixième jour du volvulus;

4° Le volume de l'anse étranglée et la non-dilatation de l'intestin grêle.

Cette distension du gros intestin a nécessité son incision ; si j'ai conservé une soupape de sûreté en suturant la plaie intestinale à l'incision abdominale, c'est que, quelques semaines auparavant, j'avais eu l'occasion d'opérer dans une ville assez éloignée, un cas de volvulus de l'intestin grêle, et que, malgré la détorsion, les symptômes d'obstruction avaient persisté; la malade était morte quatre jours après sans avoir été à la selle, et sans même que j'aie été appelé à pratiquer secondairement un anus contre nature, pour remédier à une inertie probable de l'intestin. Du reste, chez mon malade, la fistulette s'est d'elle-même fermée très rapidement.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur l'asepsie opératoire.

M. Bazy. — Je désire revenir sur quelques points qui ont été traités à la dernière séance.

Tout d'abord, à propos de la possibilité clinique d'aseptiser les mains, je désire ajouter un nouveau fait précis à ceux que j'ai signalés à la dernière séance : Je pourrais certainement en citer

beaucoup d'autres, si mon attention avait été attirée spécialement de ce côté en vue d'une discussion semblable à celle-ci.

Je viens d'en retrouver un, à propos de recherches que j'ai faites sur les cas d'appendicite que j'ai actuellement dans mon service.

Or, je vois que le 4 mars, j'ai opéré deux appendicites à froid. Je n'avais pas pris la précaution d'indiquer l'ordre dans lequel les malades devaient être amenés, pensant avoir suffisamment insisté sur les deux cas, pour qu'on m'amenât celui qui paraissait avoir une lésion tout à fait refroidie.

J'opère le premier; il avait, au milieu d'adhérences assez molles, un abcès du volume d'une grosse noisette : il contenait du streptocoque pur, si bien que je crus prudent de mettre un drain dans l'abdomen.

J'avoue qu'après cette opération, j'ai eu quelque hésitation à faire la deuxième ; mais le malade désirant beaucoup être opéré ce jour-là, et en finir avec des douleurs qu'il avait depuis longtemps (six ans), j'ai passé outre.

J'ai trouvé un appendice très long, très adhérent à la face postérieure du cæcum et à l'aponévrose de l'iliaque, si adhérent que j'ai eu tout d'abord un peu de mal à le trouver, puis à le libérer. J'ai dû le sculpter; j'ai dû faire des manœuvres prolongées, par conséquent me suis placé dans de bonnes conditions d'inoculation. Or, chez le second malade, je me suis comporté comme dans une opération aseptique, j'ai pansé sans drainer et la guérison s'est faite aseptiquement.

En citant ces faits, je n'ai pas l'intention de les donner comme des exemples à suivre et de conseiller, quand on a plusieurs opérations à pratiquer, de commencer par l'opération septique, même pour prouver qu'on peut s'aseptiser suffisamment les mains. Ce sont là des expériences qu'on ne peut faire que sur les animaux, et que je ferai.

Que vous mettiez des gants quand, ayant fait une opération septique sans gants, vous avez à en faire une aseptique; que vous en changiez ou que vous les ôtiez, si vous en aviez déjà, rien de mieux; mais je ne crois pas que vous soyez en droit d'attribuer l'amélioration de vos statistiques uniquement à l'emploi des gants, mais bien plutôt à la rigueur avec laquelle vous surveillez tous les préparatifs et les différents actes de l'opération.

En somme, pour conclure, les gants me paraissent plutôt servir à protéger le chirurgien que le malade, comme c'est le cas pour notre collègue Jalaguier. Que, dans ces conditions, le malade en bénéficie, cela ne fait pas de doute : dès lors, nous devons tous être satisfaits.

Quant à l'objection que m'a faite M. Quénu, que les faits néga-

tifs ne prouvent rien, je pourrais lui retourner l'argument. Qu'est-ce donc que l'asepsie opératoire, sinon un fait négatif (asepsie : α privatif, disent les classiques) et je le félicite de ces faits négatifs.

Il a été, en outre, question des conditions de l'asepsie opératoire et de la réunion par première intention, ce qui est la même chose, l'un n'allant pas sans l'autre.

J'y ai vu avec plaisir la réédition des propositions déjà énoncées depuis longtemps au sein même de cette Société : car j'ai encore le souvenir, entre bien d'autres, des discours que prononçait sur ce sujet, il y a bien longtemps, le professeur Trélat, qui énumérait les conditions de cette réunion par première intention avec un bonheur d'expression, une limpidité de la phrase et une autorité tels qu'ils nous dispensent de les répéter à nouveau après lui. Or, parmi ces conditions, il citait l'*hémostase parfaite*.

C'est cette condition que je m'efforce depuis longtemps de réaliser, en faisant toujours la suture profonde ou capitonnage des plaies, de façon à supprimer toute cavité où le sang ou bien la sérosité puissent s'accumuler. C'est aussi, je crois, la pratique de beaucoup de nos collègues.

Une autre condition d'une bonne réunion par première intention, c'est de ne point laisser dans les tissus de corps étrangers, et, à ce point de vue, le catgut, qu'on peut obtenir parfaitement stérile, nous donne toute satisfaction. Pour ce qui me concerne, j'ai abandonné complètement la soie pour le catgut, sauf dans les cas où la sécurité opératoire et la solidité des sutures sont les éléments indispensables du succès, dans les opérations d'anastomoses des viscères abdominaux, par exemple ; et dans ces cas, je serais disposé à abandonner la soie pour le simple fil de couturière.

Dans tous les autres cas, la crainte de laisser un corps étranger dans les tissus domine tous mes actes, car les corps étrangers peuvent être l'occasion, à très longue échéance, de suppurations.

J'ai vu chez une malade, à qui j'avais suturé une éventration avec un fil de soie, une suppuration se faire au niveau de la cicatrice *un an* après l'opération, et cela au cours d'une bronchite pour laquelle cette malade était rentrée à l'hôpital.

Or, la cicatrisation de mon opération s'était faite d'une manière absolument aseptique, et la cicatrice était restée absolument silencieuse pendant un an.

La question de la vitalité plus ou moins grande des tissus a pour moi une importance bien moindre. Je ne crains pas de mettre une pince à pression sur les aponévroses pour les repérer, et je n'en ai jamais vu l'inconvénient. A tout instant, soit pour les

cures radicales de hernie, soit pour les appendicites, les néphrectomies transpéritonéales, les opérations sur les voies biliaires, je pince l'aponévrose du grand droit et les réunions n'en sont pas moins bonnes. Aussi suis-je étonné de voir les personnes, qui ont adopté *l'écrasement* des tissus comme moyen hémostatique, craindre de serrer une aponévrose avec une innocente pince à forcipressure : il y a là une contradiction que je ne me charge pas d'expliquer.

Pour ce qui me concerne, si j'adoptais, moi aussi, la méthode de l'écrasement, afin de pouvoir, pour corriger l'imperfection et l'insécurité du moyen, appliquer sur les vaisseaux un fil de soie fin et éviter l'emploi d'un gros fil, je ne me préoccuperais pas, si j'étais aseptique, du plus ou moins de vitalité des tissus, car il existe une variété de nécrose qui s'appelle la nécrose aseptique ; mais, dans ces cas, j'aime mieux le bon catgut solide qui fait une bonne hémostase et disparaît bientôt après.

D'après ce que j'ai observé, ce n'est pas le tissu fibreux, mais plutôt le tissu adipeux qui aurait la moindre vitalité : j'ai vu plus d'une fois, et mes collègues aussi sans doute, la cicatrice des laparotomies chez les femmes obèses cacher une accumulation plus ou moins grande de liquide huileux aseptique, paraissant résulter de l'écrasement de cellules adipeuses qui ont laissé échapper leur contenu.

Discussion sur l'appendicite (Suite).

M. P. Reynier. — Messieurs, je ne voudrais pas prolonger ce débat sur l'appendicite, qui, par sa longueur, devient irritant, si j'en juge par la vivacité avec laquelle M. Peyrot a répondu aux remarques que me suggérait son observation.

Cependant, je ne peux pas laisser passer silencieusement sa réponse. Employant dans le compte rendu écrit une expression que je n'avais pas entendue, qui n'a généralement pas cours dans nos discussions scientifiques, et que je n'accepte pas, il traite aujourd'hui de puériles les objections que je lui ai faites.

Puérile, pour lui, s'adresserait à cette remarque que, lorsque l'appendice est rétrocæcal et en dehors du cæcum, on a plus de chance de voir la localisation se produire. Puérile serait également, d'après lui, cette distinction entre les appendicites à température à 38 et pouls 84, et celles où la température est en discordance avec le pouls, où le malade est quelquefois en hypothermie. Ne m'a-t-il pas dit qu'il ne connaissait pas ces appendi-

cites? Toutes ces assertions m'étonnent de la part d'un aussi bon clinicien que lui.

Mais qui veut trop prouver ne prouve rien. On ne discute pas avec les grands mots. Puériles, ne prouvent pas que mes objections le soient; elles n'auraient pas eu le don d'émouvoir autant M. Peyrot, et il n'a pas compris dans quel esprit, je les faisais.

Je ne suis nullement ennemi de l'intervention hâtive, et je ne la proscris pas en principe.

Très volontiers, j'accepterais que l'on peut opérer dans les vingt-quatre heures; peut-être y a-t-il avantage, si toutefois le diagnostic est assuré, comme le disait M. Quénu, et si on s'est mis à l'abri de ces grosses erreurs de diagnostic qu'on chuchote tout bas, et qui nuisent à la cause des interventionnistes trop pressés.

Mais si les circonstances, et elles sont nombreuses, vous empêchent de faire une opération dans de bonnes conditions d'aides, de milieu, ne vaut-il pas mieux avoir recours à l'immobilisation, à la glace, que de faire une opération hasardeuse? Il y a donc des mais à opposer à cette formule absolue, intransigeante, de l'opération à outrance.

Dans les quarante-huit heures, si le pouls est bon, si la température est bonne, si le facies est bon, les faits de M. Peyrot montrent qu'on peut opérer et guérir; comme, par contre, les statistiques médicales montrent qu'en n'opérant pas, en se contentant de la glace, de l'immobilisation, les malades ne courent pas grands risques.

Restent alors ces malades qui, vus dans les quarante-huit heures, ont un facies péritonéal mauvais, un pouls rapide, une température basse.

C'est pour la conduite à tenir devant ces malades que je discute.

C'est à cause d'eux que je demande des observations complètes, et celle de M. Guinard m'est plus utile pour mon enseignement personnel que celle de M. Peyrot. C'est ce que je voulais lui faire comprendre.

Les statistiques de M. Jalaguier montrent que, quand on opère dans ces conditions, les malades meurent.

La mienne, me fait dire que si on se donne la peine de relever la température et de soutenir le pouls avant d'opérer, l'intervention peut être suivie de succès.

N'ai-je donc pas le droit de dire, en si grande circonstance, que le devoir du chirurgien est de prendre son temps, de raisonner son opération, de mettre dans la balance le pour et le contre, et de se défier des formules absolues, des formules aveugles, qui

vous guident sans vous permettre de raisonner, de discuter votre acte opératoire?

Que des médecins parlent ainsi, leur responsabilité est toujours partagée.

Mais quand on tient le bistouri, qu'on a la responsabilité entière, et les regrets tardifs, si un accident arrive, on peut discuter cette intervention sans que l'on vienne traiter cette discussion de puérile.

M. Chaput nous dit qu'il y a des radicaux en chirurgie.

J'avoue que je ne comprends pas beaucoup cet état d'âme dans notre art. Jusqu'à présent, l'opportunisme me paraissait chez nous la seule manière d'être. J'ai été élevé dans ces idées, et mes collègues radicaux m'excuseront si j'ai une certaine peine à oublier ce que mes maîtres m'ont appris, et à accepter avec le même enthousiasme qu'eux les idées nouvelles.

M. Nimier. — Les observations d'appendicite apportées à cette tribune ont, d'une manière générale, surtout mis en relief la gravité de l'affection, et elles ont servi d'arguments en faveur du précepte de l'appendicectomie précoce. Les atteintes légères, par contre, ont été laissées de côté, et cependant, ces atteintes, une fois la crise passée, ne démontrent-elles pas que le traitement médical de l'appendicite ne doit pas être absolument condamné?

Dans ces dernières semaines, je viens d'observer huit cas d'appendicite; je n'en ai opéré aucun et tous ont guéri. De mes malades, il en est un qui certainement n'eût pas trouvé grâce devant nos collègues radicaux; il avait en effet une appendicite à début bruyant : fièvre modérée, mais douleur iliaque vive et vomissements bilieux. Quant aux sept autres, j'ignore comment ils auraient été traités, car personne n'a répondu à M. Quénu quand, dans une des dernières séances, il demandait : « Opérez-vous pour une simple douleur iliaque? » A cette douleur iliaque, avec l'accompagnement habituel de vigilance musculaire, d'état gastrique léger et de constipation, se bornait chez mes malades la manifestation clinique de la lésion appendiculaire, et tout se dissipa en une huitaine de jours.

Si, ce qui est bien admissible, vu l'absence des preuves anatomiques, on conteste dans ces cas de guérison l'existence d'une lésion de l'appendice, la difficulté n'en persiste pas moins au point de vue du traitement des cas similaires. Ne rappellent-ils pas en effet le mode de début insidieux de certaines atteintes

graves? Par suite, à toute appendicectomie précoce, pratiquée dans les premières heures de l'attaque, comme certains la préconisent, l'on reprochera, avec quelque raison, de s'être adressée à un cas d'appendicite qui eût guéri sans opération.

Quoi qu'il en soit, la discussion actuelle a eu pour effet de faire considérer l'appendicite comme une affection chirurgicale, et maintenant, au Val-de-Grâce, les appendicites ne sont plus dirigées sur les services de médecine. C'est grâce à cette mesure, que j'ai pu observer les cas légers dont il vient d'être question, cas, qui m'autorisent à relever ce qu'il y a d'exagéré dans la mortalité de 1 sur 3 attribuée à l'appendicite dans l'armée. Mon maître, M. Chauvel, ainsi qu'il l'a dit, a basé sa statistique sur les observations envoyées au Comité de Santé, c'est-à-dire sur des observations de cas d'appendicites mortelles, graves ou opérées. Plus voisine de la réalité doit être la petite statistique de mon service, car, aux cas graves, depuis quelques mois s'ajoutent les atteintes légères.

Or, elle comporte 24 cas d'appendicite qui se décomposent ainsi :

14 traités médicalement, avec 14 guérisons,

10 opérés, avec 1 mort.

Cette mortalité de 1 sur 24 me paraît assez peu élevée pour justifier mes convictions d'opportunisme en fait de traitement de l'appendicite.

Rapport.

Luxation double de l'astragale. Ablation de l'astragale. Guérison,

par M. Legueu.

Rapport, par M. P. Reynier.

M. le Dr Legueu nous a communiqué l'observation suivante :

Le 20 mai 1898, il était appelé par le Dr Parmentier pour voir un malade qui, cinquante-sept jours auparavant, monté sur une échelle, fit une chute de cette échelle. Il était tombé sur les pieds, et en tombant, s'était démis le pied droit. Un craquement dans la chute annonça la lésion, une douleur instantanée la caractérisa. Il ne put se relever.

On constata une luxation de l'astragale; plusieurs tentatives de réduction furent opérées sans résultat, malgré le chloroforme, et le malade resta dans son lit, impotent, jusqu'au jour où M. Legueu le vit.

Il constata que le pied droit était en varus équin assez prononcé,

La partie postérieure du calcanéum était élevée, la pointe du pied abaissée, la plante regardait en bas et en arrière. Le bord externe du pied était fortement incurvé, et à la face dorsale, plusieurs saillies se manifestaient, faciles à reconnaître, car le pied ne présentait aucun gonflement. La mortaise tibio-péronière restait intacte. Le péroné, intact, était abaissé et rapproché du tendon d'Achille. La distance entre le bord postérieur du péroné et le bord externe du tendon d'Achille était de 2 centimètres, tandis que du côté sain, elle était de 3 à 3 centimètres et demi. La malléole tibiale était intacte et nullement déplacée. Sur le dos du pied, les saillies qu'on voyait étaient représentées par une saillie angulaire siégeant au-devant de la malléole externe, soulevant la peau qu'elle avait perforée, et par une autre, située plus loin en avant, séparée de la précédente par une dépression. La première saillie était évidemment constituée par la poulie astragalienne dégagée de la mortaise, tandis que la saillie antérieure était due à la tête de l'astragale, luxée de sa cavité scaphoïdienne; la dépression qui réunissait ces deux saillies correspondait au col.

Sur le bord interne du pied, on trouvait le tubercule scaphoïde, porté très en arrière, et venant presque en contact avec la malléole interne.

Le diagnostic ne pouvait être hésitant; on se trouvait en présence d'une luxation double et ancienne de l'astragale. L'impotence était complète, car on ne pouvait ni fléchir ni étendre le pied, et par conséquent le remettre en bonne position. Il n'y avait cependant pas d'atrophie des muscles de la jambe.

M. Legueu, avec raison, pensa qu'une intervention s'imposait. Il endormit le malade et, sous le chloroforme, essaya de nouvelles manœuvres de réduction, d'ailleurs sans résultat. N'insistant pas, il fit une incision externe verticale au devant du péroné, incision classique de l'ablation de l'astragale. Il arriva ainsi sur la saillie anormale. C'était la poulie astragalienne, ou du moins son angle externe qui sortait au-devant de la mortaise tibio-péronière. Toute la facette articulaire qui, sur l'astragale, est destinée à recevoir le péroné, était portée au devant de la malléole externe, contre laquelle reposait son bord postérieur. Le ligament interosseux était en partie déchiré, mais tenait encore par quelques-unes de ses fibres. La tête de l'astragale était luxée, n'était plus en rapport avec la face articulaire du scaphoïde, au-dessus duquel elle s'était portée. Celui-ci avait basculé en bas et en dedans.

L'astragale, dans cette situation, n'était cependant pas libre; l'os était solidement enclavé; bien qu'ayant perdu une grande partie de ses moyens d'union, il était impossible de le déloger de sa position et de le réintégrer dans sa loge. M. Legueu put se rendre compte que la cause réelle de l'irréductibilité était due à ce que le crochet ou l'onglet postérieur de l'astragale venait s'arc-bouter en avant de la face postérieure du calcanéum. Cette disposition commandait évidemment l'irréductibilité de la luxation, même de la tête de l'astragale. Pour que le scaphoïde pût être réintégré à sa place, il eût fallu que la tête de l'astragale fût reportée en arrière, ce qui était impossible. Dans ces

conditions, M. Legueu se résolut à faire l'ablation de l'astragale. Il sectionna quelques fibres du ligament interosseux, et à l'aide d'une incision interne, faite sur le bord antérieur de la malléole interne, il coupa les fibres conservées du ligament tibio-astragalien interne. Il put alors facilement énucléer l'astragale. Cet os était intact, sauf à sa partie postérieure, où une fracture parcellaire par arrachement avait enlevé une petite partie de la face postérieure, tout en laissant intact l'onglet, qui butait contre la facette postérieure du calcanéum.

Après hémostase, la position d'un drain, la suture fut faite aux crins de Florence.

Le pied fut remis en bonne position et immobilisé dans un appareil plâtré. Au bout de huit jours, la réunion était complète en dedans; en dehors, il y avait un peu de suppuration au niveau du drain, suppuration dont il ne faut pas s'étonner si on se rappelle que M. Legueu était intervenu quand la peau était déjà ulcérée.

Au bout de trois semaines, malgré encore la présence de trois petites fistulettes à la région externe, la mobilisation de l'articulation fut commencée; le malade marchait au bout de quatre semaines.

Quand il nous présenta ce malade, le pied était en bonne position, le malade marchait bien, et le résultat fonctionnel était parfait.

Telle est la belle observation que M. Legueu nous a présentée et qui vient nous démontrer une fois de plus, l'utilité de l'ablation de l'astragale, en cas de luxation double de cet os, son irréductibilité, souvent invincible les premiers jours, devenant absolue quand on est appelé tardivement, comme l'a été M. Legueu.

Pour mon compte personnel, trois fois je me suis trouvé en présence de faits analogues. Une fois primitivement, presque immédiatement après l'accident; deux fois tardivement et j'ai fait l'ablation de l'astragale. Comme pour le malade de M. Legueu, le résultat fonctionnel a été excellent. J'ai eu à le constater deux ans après, chez un de mes malades opéré en 1884 dans le service de M. Le Dentu, que je remplaçais.

M. Legueu se demande si la réduction n'eût pas été possible une fois l'astragale mis à nu, en réséquant une partie de sa face inférieure. L'opération aurait été plus complexe, et je ne vois pas, devant le bon résultat qu'on obtient par l'ablation de l'astragale, l'avantage qu'on aurait à replacer un os dépourvu de toutes les connexions vasculaires, et dont la vitalité serait compromise.

Nous n'avons donc qu'à approuver entièrement la conduite de M. Legueu, et nous vous prions de lui adresser nos remerciements et de vous souvenir de lui quand il s'agira de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

M. Nélaton. — Je voudrais demander à M. Reynier pourquoi il appelle ce cas luxation de l'astragale double.

D'après ce qu'il a dit, l'onglet était attaché au fond de la rainure calcanéenne, il n'y avait pas luxation double. Il faut pour qu'il y ait luxation double que l'astragale soit complétement énucléé hors de la mortaise et ait perdu ses rapports avec le calcanéum.

M. REYNIER. — L'astragale n'était plus en rapport avec la mortaise, et sa face externe reposait sur le calcanéum. Malgré cela le crochet de l'astragale était logé dans le sillon du calcanéum.

M. NÉLATON. — Je voudrais ajouter que dans une observation semblable que j'appellerai luxation sous-astragalienne avec les classiques, il m'est arrivé de réduire, après avoir réséqué, la tête seule de l'astragale, en conservant sa poulie. Il y a certainement intérêt pour le malade à conserver la poulie de son astragale; or, cela est en général assez aisé; il faut donc s'efforcer de le faire.

M. BERGER. — Je crois que le cas dont nous parle M. Reynier, d'après l'observation de M. Legueu, est bien réellement une énucléation de l'astragale, Il y avait certainement rupture du ligament calcanéo-astragalien. Si l'énucléation n'était pas complète il s'en fallait de peu. Dans les luxations sous-astragaliennes, les rapports de cet os avec ceux de la jambe sont conservés, on peut alors réduire sans opération sanglante.

Cela m'est arrivé, une fois, chez un ouvrier, et le fait a été communiqué ici. Mais quand il y a énucléation, il faut extirper l'astragale.

M. NÉLATON. — C'est pour cela que j'ai demandé s'il y avait vraiment énucléation. D'après l'observation, qui n'est pas très explicite, on peut croire à une luxation sous-astragalienne. Dans le cas d'énucléation, je partage d'ailleurs l'avis de M. Berger.

M. REYNIER. — Je n'ai rien à répondre, si ce n'est que le nom de luxation double qu'a adopté M. Legueu, est employé par les plus récents classiques. J'insiste sur les conclusions de M. Berger, auxquelles je me rallie complétement. Le résultat de l'extirpation dans le cas d'énucléation est en effet excellent.

Communications.

Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale,

par M. LUCIEN PICQUÉ, chirurgien de la Pitié
et M. FEBVRÉ, médecin en chef des Asiles de la Seine.

Je tiens tout d'abord à m'excuser d'attirer de nouveau votre attention sur les aliénés, un an après la discussion sur les psychoses post-opératoires.

Mais il s'agit d'un point de vue tout différent : en 1898, nous nous occupions des délires qui peuvent se présenter à la suite des opérations; aujourd'hui, je désire vous entretenir des opérations qui améliorent ou suppriment le délire.

Si l'an dernier, la discussion a pu vous laisser une impression parfois pénible touchant votre responsabilité dans certains cas, cette année, je désire en vous présentant des aliénés guéris par l'intervention chirurgicale vous montrer une extension nouvelle de la chirurgie sur le domaine de la médecine : à ce titre, cette question mérite bien de retenir votre attention.

D'autre part, si vous n'avez pas souvent l'occasion d'intervenir directement sur les aliénés il peut se rencontrer dans votre pratique des malades qui se trouvent sur les frontières de la folie et il me paraît intéressant de vous montrer que le souvenir de notre discussion de 1898 ne doit pas vous retenir la main, et que dans bien des circonstances, vous pourez faire œuvre utile en ne refusant pas à ces malades dans la crainte d'aggraver leur état, des opérations qui seront au contraire susceptibles de rétablir leur équilibre mental.

Cette question intéressante, dont je poursuis l'étude depuis bientôt quinze ans, présente, je le reconnais, pour le chirurgien les plus sérieuses difficultés, car elle confine à la psychiatrie qui ne lui est pas familière.

Pour ma part, je ne m'étais pas encore décidé jusqu'à cette heure, à publier la moindre note à ce sujet, et le travail que je vous présente, j'ai tenu à le faire en collaboration avec mon cher collègue et ami, M. le docteur Febvré, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Le traitement systématique de la folie chez la femme, par l'intervention chirurgicale, a depuis quelques années, en Amérique, au

Canada, en Italie et en Belgique, provoqué les polémiques les plus ardentes et une opposition des plus vives.

Des arguments d'ordre social et d'ordre scientifique ont été opposés, non sans raison, aux tendances abusives de la chirurgie.

Des enquêtes, des consultations internationales ont abouti à la publication de documents et de statistiques défavorables, si bien qu'aujourd'hui, dans les pays où cette question a été le plus étudiée, il s'est fait un courant d'opinion contraire.

Il est certain que présentée de la sorte, la question devait provoquer partout l'opposition la plus justifiée.

Prétendre guérir la folie chez la femme par une intervention chirurgicale, proposer systématiquement l'instrument tranchant à tous les malades délirants, dans le but de les guérir, constitue l'illusion la plus décevante et la plus dangereuse, et doit soulever de la part de tous les médecins et spécialement des aliénistes, ainsi que des chirurgiens consciencieux, une légitime réprobation.

Cette doctrine ne peut conduire, en effet, qu'aux pires excès, c'est-à dire au sacrifice d'organes sains, considérés théoriquement et sans preuves suffisantes comme le point de départ de l'affection mentale, ou à la pratique abusive des trépanations craniennes, dans des cas de lésions étendues et incurables des centres nerveux.

Doit-on toutefois rejeter en bloc et sans les discuter, les succès qu'on peut retirer parfois d'une intervention chirurgicale, faite dans des conditions déterminées. Chez une aliénée atteinte d'une affection chirurgicale, doit-on supposer, *a priori*, qu'une intervention ne peut qu'aggraver l'état antérieur? Ce serait aller contre les faits.

Quant à nous, détracteurs décidés d'une doctrine absolue et certainement abusive, nous sommes cependant convaincus que certaines aliénées, atteintes d'affections chirurgicales bien définies, peuvent retirer un grand bénéfice de l'intervention.

Le but de ce travail est de le démontrer. C'est pour n'avoir pas suffisamment précisé les termes du problème, c'est pour avoir pratiqué des opérations chez des femmes ne présentant aucune affection chirurgicale, et dans l'unique but de les guérir de la folie, que les tentatives faites à l'étranger ont certainement échoué et que beaucoup rejettent *a priori* l'heureuse influence qu'une intervention légitime, d'ailleurs, peut, selon nous, exercer sur l'état mental d'un malade.

Nous devons tout d'abord indiquer les conditions dans lesquelles nous avons fait bénéficier nos aliénées de la chirurgie.

Aucune considération théorique ou doctrinale ne nous y a conduit.

Un chirurgien ou un médecin d'asile n'a pas le droit d'exposer la vie de malades qui n'ont pas leur « compos sui », s'il n'a pas l'absolue certitude qu'il pourra leur être utile.

C'est assez dire que nous ne reconnaissons pas le droit à un chirurgien de pratiquer chez une aliénée, l'ablation d'organes sains, opération dont on a tant abusé dans ces dernières années principalement en Amérique, et que nous n'admettons pas davantage chez l'aliénée ces opérations diverses le plus souvent empiriques qui ne nous ont jamais apparu, au moins chez cette catégorie de malades, que comme des expériences répréhensibles.

Pour notre part, toutes les opérations pratiquées par nous dans les asiles ont porté sur des sujets atteints d'affections chirurgicales qui avaient droit à une intervention et l'auraient subie si elles avaient été libres : elles ont été de plus choisies dans une catégorie d'aliénées que nous aurons à spécifier plus loin.

C'est sur ce terrain spécial que nous nous sommes placés. Les aliénées, au même titre que celles qui ne le sont pas, ont selon nous droit au traitement chirurgical des affections dont elles peuvent être atteintes. Elles doivent être opérées, sans préoccupation d'ailleurs de leur état mental.

C'est là une opinion soutenue par Rohé dans une discussion mémorable au Congrès de Montréal en 1897 ; or, c'est là l'opinion que l'un de nous soutenait la même année dans son rapport à M. le préfet de la Seine (année 1897, p. 151). « Les affections utérines ne peuvent, disait-il, être ignorées ou laissées sans soin. Aux souffrances morales atroces observées dans certaines formes dépressives de la folie ne doivent pas s'ajouter des souffrances physiques que l'on peut éviter ou atténuer. »

L'intervention chez l'aliénée se justifie donc tout d'abord par son but humanitaire en dehors de toute préoccupation doctrinale. Et c'est, on ne saurait trop le répéter, la question de l'influence curatrice que peut avoir l'intervention chirurgicale sur l'état mental des malades, qui a arrêté à notre époque l'extension de la chirurgie chez les aliénées et en particulier de la chirurgie gynécologique.

Or, le chirurgien qui intervient chez les aliénées, guidé par les seules indications de la clinique, a bien le droit de faire les deux constatations suivantes.

D'abord la fréquence des affections gynécologiques chez les aliénées. Ce fait est indéniable. Loiseau, Azam, Mairet, avaient depuis longtemps signalé les relations étiologiques qui existent entre les affections pelviennes de la femme et la folie. George Rohé (de Baltimore), second surintendant à l'hôpital des aliénées de Sykesville (Maryland), a insisté de nouveau sur ce fait, au Congrès

de Montréal en 1897. Une observation systématique lui a démontré en effet la plus grande fréquence des affections pelviennes chez les folles. Pour lui, 60 p. 100 des folles internées présentent des lésions des organes pelviens.

Isabel Davenport, à l'hôpital illinois de l'Est à Kaukakee, a trouvé une proportion de 80 p. 100; Hobbs, au même Congrès, donne 93 p. 100.

D'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Nous-mêmes avons été frappés à Ville-Evrard de la très grande proportion des folles atteintes d'affections gynécologiques, 89 p. 100 des cas, mais il est un fait que nous avons observé et sur lequel nous tenons à insister, c'est que beaucoup de malades, ou bien ignorent l'affection dont elles sont atteintes ou la cachent avec soin.

C'est là une circonstance de nature à modifier le pourcentage et qui doit conduire le médecin d'asile à examiner, sous certaines réserves évidemment, l'appareil génital des malades internées.

Le deuxième point qui frappe vivement le chirurgien qui intervient chez les aliénées, dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, c'est qu'un certain nombre de ces malades guérissent en même temps de l'affection mentale dont elles sont atteintes, de sorte que le médecin et le chirurgien d'asile se trouvent amenés, après avoir envisagé uniquement au début le but humanitaire de leur intervention, à considérer le côté scientifique de cette chirurgie spéciale.

Depuis longtemps déjà, nous avions été frappés de résultats inattendus au cours d'opérations faites à une époque où pour des raisons diverses la chirurgie des asiles se trouvait restreinte aux cas d'extrême urgence.

Déjà, en 1884, l'un de nous a opéré avec M. Pozzi une femme présentant une lésion annexielle et qui guérit. L'observation sera lue plus loin.

Nous avions été à même d'observer, à diverses reprises, des malades considérés comme peu curables au point de vue mental et qui présentaient après l'intervention une amélioration notable lue et très prolongée des troubles mentaux.

Depuis quelque temps, grâce à des conditions nouvelles que l'un de nous a exposées à diverses reprises dans ses rapports au préfet de la Seine et, récemment encore, devant la commission de surveillance des asiles et la quatrième sous-commission d'études du conseil général, il nous a été possible de faire bénéficier nos malades des progrès de la chirurgie gynécologique inconnue à l'époque ou Loiseau et Azam publiaient leurs travaux. Les résultats heureux se sont multipliés notablement, ils sont devenus pour

ainsi dire décisifs, et ce sont eux que nous venons vous présenter, persuadés qu'ils vous intéresseront, en vous montrant une nouvelle extension de la chirurgie sur le domaine médical.

Ainsi pourra se trouver justifiée l'opinion émise par l'un de nous à la Société de chirurgie dans une communication faite en 1898 sur les psychoses post-opératoires, à savoir que, contrairement à l'avis du plus grand nombre, la chirurgie semblait intervenir non pour provoquer des troubles cérébraux, mais pour les guérir ou tout au moins les améliorer dans certains cas.

Historique. — La question a été nettement posée le 31 août 1897, à Montréal, au 65e Congrès annuel de la Brit. med. association (section de psychiatrie), par Rohé et Hobbs.

Le premier de ces auteurs, médecin en chef de l'asile de Maryland, présenta une statistique de 34 cas, avec 11 guérisons complètes, au point de vue physique et mental; 9 améliorations, dont quelques-unes très accentuées; 11, dans lesquels on ne constata aucun changement au point de vue mental, 3 morts opératoires.

Hobbs a présenté également à ce Congrès les résultats qu'il a obtenus dans son asile de London (Ontario), depuis qu'il a introduit la chirurgie comme méthode rationnelle de traitement.

Les résultats ont dépassé toute espérance : non seulement la majorité des cas traités ont guéri au point de vue opératoire, mais l'état mental des malades s'est amélioré dans une notable proportion.

Sa statistique est la suivante :

Sur 80 cas, 30, soit 37 1/2 p. 100, ont recouvré la raison; 18, soit 22 1/2 p. 100, ont été considérablement améliorés, et dans 28 cas, soit 35 p. 100, il ne s'est produit aucun changement au point de vue mental.

Il y a eu 4 morts, soit 5 p. 100 du total.

Sur les 30 malades guéries complètement, 11 avaient été folles moins d'un an; 7, entre 1 an et 2 ans; 4, entre 2 et 3 ans; une entre 4 et 5 ans et 3 plus de 5 ans.

Contre ces statistiques excellentes, le Dr J. Russell, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Hamilton, a élevé un réquisitoire surtout philosophique dans lequel il se déclare un adversaire passionné et résolu.

Il n'a d'ailleurs réuni que 4 cas, dans lesquels l'intervention n'a donné aucun résultat!

Mais il s'appuie surtout pour formuler son opinion, sur celle de 120 des principaux aliénistes de la Grande-Bretagne et d'Amérique, auxquels il s'est adressé.

La plupart de ces auteurs repoussent toute tentative chirurgicale *faite dans le but de guérir la folie.* Nous reviendrons plus loin sur leur opinion que, sous cette forme, nous acceptons volontiers.

A part 3, aliénistes d'ailleurs, ils estiment que les cas sont très rares, dans lesquels la folie est due à une affection des organes génitaux. La plupart donnent un chiffre de 5 p. 100, quelques-uns même disent 2 p. 100.

S'agit-il là d'une opinion doctrinale, et les auteurs précédents pensent-ils qu'une forme déterminée d'aliénation mentale chez une femme atteinte d'une affection utérine, ne relève pas de cette dernière? Au contraire, la proportion de 5 et de 2 p. 100 indique-t-elle que, 5 fois ou 2 fois seulement sur 100, les aliénées présentent des affections utérines? Nous dirons alors que nos observations nous conduisent à un pourcentage bien différent et nous sommes alors autorisés à penser que les affections utérines n'ont pas été par les auteurs suffisamment recherchées.

Cette question des rapports de la folie avec les affections de l'appareil génital, a également préoccupé les esprits en Belgique.

En 1897, Cuylitz communiquait à la Société de médecine mentale de Bruxelles un travail intéressant sur les opérations gynécologiques en médecine mentale.

Envisageant les résultats que peut fournir l'intervention au point de vue de la guérison de la folie et s'appuyant sur les faits de sa pratique, il arrive à rejeter l'intervention dans la folie.

Mais nous tenons à faire remarquer de suite qu'il n'envisage que l'hystérie et l'épilepsie!!

Jacobs, tout en tenant pour évidentes les relations qui existent entre les fonctions génitales et l'équilibre intellectuel, n'admet pas le bien fondé d'interventions chirurgicales sur les organes génitaux dans le but de guérir les maladies mentales.

Il a certes raison, si cette entreprise mène le chirurgien à intervenir sur des organes sains; quand, d'autre part, les organes génitaux sont malades, il déclare l'opération rationnelle mais ne semble pas convaincu de sa valeur curative, et il ne cite qu'un cas relatif à une jeune femme atteinte de suppuration pelvienne qui, à chaque époque, présentait des troubles mentaux, qu'il ne spécifie pas d'ailleurs et qui disparurent après l'opération.

En Italie, Angelucci et Pierraccini ont publié un important mémoire qui constitue un réquisitoire en règle contre l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Ce travail porte sur 117 cas recueillis par voie d'enquête internationale. Nous nous appliquerons plus loin à démontrer que cette étude est loin d'avoir la valeur qu'on pourrait lui attribuer tout d'abord et que les résul-

tats auxquels ces auteurs sont arrivés, peuvent être facilement controuvés.

En France, cette question semble n'avoir que peu préoccupé les chirurgiens.

Au cours de la discussion qui s'est élevée en 1898 au sein de la Société de chirurgie, sur la question des psychoses, plusieurs de nos collègues ont touché incidemment la question du traitement de la folie par l'intervention, mais les faits publiés sont peu nombreux, et dans aucun le diagnostic de l'affection mentale n'a été suffisamment établi.

Lucas-Championnière a signalé la relation qui existe entre certains troubles cérébraux et les règles douloureuses et insisté sur les modifications favorables qui pouvaient survenir à la suite des opérations. Il conseille donc d'enlever les organes malades dont l'état morbide peut, chez les prédisposées, faire naître et entretenir la folie. Selon lui, l'ablation peut jouer un rôle bienfaisant.

Notre collègue Gérard-Marchant nous a dit n'avoir jamais observé de fait qui soit de nature à lui faire admettre la guérison de la folie par un acte opératoire.

Potherat nous a rapporté des cas qui ne peuvent entraîner la conviction.

Deux de ses malades atteintes de prolapsus ont des améliorations passagères et retombent, mais nous ne savons rien de précis sur le diagnostic de l'affection mentale.

Deux autres de ses malades sont opérées sans succès, mais elles présentent, comme nous le dirons plus loin, des formes qui ne sont pas justiciables d'amélioration. Il nous cite enfin une femme, chez laquelle le diagnostic n'a pas été posé d'une façon précise, et qui reste guérie depuis dix ans, à la suite de l'ablation d'une tumeur du sein.

Il conclut, selon nous à tort, en s'appuyant sur ces faits, que chez l'aliénée la chirurgie doit se borner aux interventions d'urgence.

Bouilly nous a également cité une curieuse observation où l'évolution des accidents mentaux et des lésions annexielles s'est faite parallèlement : l'intervention paraissait réellement indiquée pour faire disparaître les accidents du côté de l'encéphale; malheureusement, le résultat en fut nul, et peu de temps après, la malade dut être internée. Mais ce cas, qui semble absolument contraire à la thèse que nous soutenons, perd beaucoup de son intérêt puisque nous ne savons rien des antécédents et que le diagnostic précis n'a pas été établi. Nous rappellerons pour mémoire que dans une communication à la Société de chirurgie sur

les psychoses, l'un de nous a rapporté plusieurs cas personnels de mélancoliques guéries par l'intervention.

Déjà en 1887, Terrillon publiait dans les *Annales de gynécologie* un cas intéressant de kyste ovarique, opéré à la Salpêtrière avec l'assistance de nos collègues Schwartz et Monod ; l'état mental de la malade s'améliora.

En 1896, au 6[e] Congrès des médecins aliénistes de France qui s'est tenu à Bordeaux, notre distingué collègue Piéchaud, chargé du service chirurgical de l'asile d'aliénés, nous donna la relation de deux faits intéressants qui montrent que dans certaines circonstances, l'état mental peut être amélioré dans de très notables proportions.

Le premier est relatif à une femme atteinte de manie chronique qu'il opère d'une tumeur du sein. Après l'opération, l'état mental s'améliore chaque jour; la malade devient très calme, a conscience d'elle-même et paraît seulement un peu triste quand la pensée lui vient qu'elle n'est peut-être pas tout à fait guérie (certificat du médecin en chef).

Le deuxième est relatif à une femme atteinte d'endométrite, et qui présente les symptômes de la mélancolie anxieuse. Le curettage et l'amputation du col font disparaître la mélancolie.

A la Société de médecine légale (séance du 10 septembre 1898), au cours d'une discussion sur les troubles psychiques au moment de la ménopause, M. Charpentier a rapporté l'observation intéressante d'une femme atteinte d'un léger degré de prolapsus et qui avait pris en aversion son mari et ses enfants. La simple application d'un pessaire de Dumontpallier suffit à faire disparaître ces troubles psychiques.

Cossa (*Thèse*, Montpellier, 1895) a publié plusieurs observations favorables au traitement chirurgical de la folie sympathique.

Récemment encore, dans une remarquable leçon clinique, le professeur Joffroy a attiré l'attention sur ces faits.

Dans ces derniers temps, Siredey (*Gazette hebdomadaire*, 1898) et son élève Souleyre (*Thèse inaugurale*, Paris, 1898) ont étudié les rapports de la neurasthénie et des affections utérines. Mais il s'agit là d'un ordre de faits tout différents et que nous n'avons pas à envisager dans ce travail.

Quoi qu'il en soit, dans cet historique, d'ailleurs fort incomplet, nous avons tenu surtout à montrer que les faits publiés dans notre pays sont peu nombreux et sont restés isolés. Quelques-uns d'entre eux présentent en vérité un réel intérêt au point de vue de la thèse que nous voulons soutenir : le plus souvent, les malades n'ont pas été suivies pendant un temps suffisant, et le diagnostic de l'affection mentale est ordinairement incomplet.

Ces observations n'ont donc pas, pour la plupart, une valeur scientifique incontestable. De plus, aucun auteur n'a eu jusqu'à présent dans notre pays, l'idée de réunir ces observations éparses dans la science et d'en dégager l'enseignement général qu'elles nous semblent comporter au point de vue du traitement chirurgical chez les aliénées. C'est cette lacune que nous nous sommes proposés de combler à l'aide de notre expérience personnelle.

Nous avons dit plus haut comment nous avions été amenés à envisager la possibilité de la guérison de certains troubles mentaux par l'intervention chirurgicale.

Traiter des aliénées comme des malades ordinaires, les débarrasser d'affections menaçant leur existence ou leur santé, tel avait été notre but, et c'est en accomplissant ce rôle tout humanitaire, qu'il nous a été donné d'observer certains faits de guérison que nous vous soumettons.

C'est alors que nous avons eu l'idée de soumettre, dans le service des femmes de Ville-Evrard, toutes les malades *dont les familles étaient consentantes* à un examen méthodique des organes génitaux et de solliciter des parents l'intervention chirurgicale en faveur de celles qui présentaient des lésions locales bien déterminées et des troubles mentaux que nous aurons à préciser par la suite.

Envisagée de cette façon, l'initiative que nous avons prise avec le *consentement des familles*, et en dehors de toute idée préconçue, sur les rapports qui peuvent exister entre les maladies mentales et les lésions de l'appareil génital de la femme, ne pouvait être, ce me semble, que parfaitement légitime.

Voici maintenant les résultats obtenus.

Ils peuvent se répartir en trois groupes principaux :

1[er] GROUPE. — Il s'agit de malades chez lesquelles l'affection mentale a évolué parallèlement à la lésion des organes génitaux.

L'intervention a suffi pour faire disparaître complètement le trouble psychique. Ce dernier a disparu avec la lésion locale. La guérison est alors complète et absolue.

Ces faits paraissent favorables à la doctrine de la folie sympathique si combattue de nos jours. Il est certain qu'ils eussent été utilisés par ses partisans si les aliénées avaient pu à cette époque bénéficier des ressources de la gynécologie.

Quoi qu'il en soit, le terme folie ou psychose sympathique appliqué à ces cas nous paraît digne d'être conservé, car il nous montre tout au moins l'importance des troubles physiques dans l'aliénation mentale.

Parfois la malade connaît l'affection dont elle est atteinte.

Dans l'observation I, il s'agissait d'une fistule rectale dont la guérison enleva le délire qu'elle avait engendré.

En 1898, l'un de nous a rapporté quelques cas analogues à la Société de chirurgie.

Dans un cas, il s'agissait d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse et internée à la suite d'un anus contre nature consécutif à une hernie gangrenée. La cure radicale de cette lésion suffit à faire disparaître les troubles mentaux dont elle était atteinte.

Dans un autre, il s'agit d'une cystotomie sus-pubienne qui avait entraîné un état mélancolique et l'internement. Chez lui, les troubles mentaux disparurent avec la fistule urinaire. Il en fut encore de même à la suite d'une opération de cataracte. Dans ces trois cas, les troubles mentaux évoluèrent en même temps que la lésion et disparurent avec elle. (Picqué. *Soc. de chir.*, 1er mars 1898. Délire psychique post-opératoire.) Enfin, parfois il ne s'agit que d'une simple malformation : l'un de nous a guéri un malade d'une obsession dont le point de départ consistait dans une malformation des oreilles.

Dans certains cas, la malade ignore son affection; deux circonstances peuvent alors se présenter.

a) La malade présente à son arrivée à l'asile des troubles de la sphère génitale caractérisés par des obsessions érotiques; comme elle ignore l'affection dont elle est atteinte, elle refuse tout d'abord un examen dont elle ne comprend pas la portée.

L'observation attentive de la malade démontre bientôt qu'elle présente une lésion dont le traitement va entraîner la guérison définitive de son état mental.

Il est certain que dans le groupe de malades à obsessions génitales, toutes n'ont pas une lésion locale susceptible d'expliquer la psychose, et il est de la plus haute importance de n'intervenir que chez celles dont la lésion est bien constatée.

C'est certainement pour n'avoir pas tenu compte de ce point important que l'on a pu voir des aggravations de l'état psychique Il y a là à vrai dire une question de dosage très délicate, et l'on doit se garder d'intervenir sur toutes les lésions. L'un de nous y a insisté l'an dernier à la Société de chirurgie.

D'autre part, on peut affirmer que lorsque la psychose relève d'une lésion matérielle bien caractérisée, cette dernière peut présenter les variétés les plus grandes.

Toutes les affections des organes génitaux peuvent, en effet, lui donner naissance : les maladies inflammatoires de l'utérus et des annexes, les tumeurs solides ou liquides, souvent les vaginites gonococciques; dans un cas, il existait une hypertrophie du cli-

toris. Les observations V, VI, VII et X, sont très intéressantes à ce point de vue. Parmi elles, une malade atteinte de lésions oculaires a très bien guéri après l'intervention.

b) La malade ne présente aucun trouble de la sphère génitale. Ce n'est que par l'examen systématique et *préalablement consenti par la famille* que le chirurgien reconnaît l'existence d'une affection utérine.

Dans trois cas de ce genre, nous avons constaté l'existence d'un gros fibrome utérin (obs. II et XVI).

Dans un autre cas, il existait un prolapsus utérin. Dans ce dernier cas, l'hystéropexie a provoqué la disparition d'un état mental qui durait depuis plusieurs années (obs. III).

Dans les deux premiers, nous avons été amené à pratiquer l'hystérectomie. Dans l'un, le succès a été complet. Dans l'autre, l'état mental est resté stationnaire, une 3e malade a succombé.

2e Groupe. — Dans un deuxième groupe de cas, nous rangeons des délires qui surviennent chez des malades présentant une affection mentale préexistante. Le type en est dans l'observation présentée par nous en 1891 à la Société médico-psychologique (obs. II).

En 1884, nous en avons observé un cas intéressant avec M. le Dr Pozzi (obs. II); nous en avons parlé plus haut. Ce sont en réalité des délires surajoutés à un délire primitif et assez prononcés, dans certains cas, pour masquer ce dernier.

Pour en comprendre l'origine et interpréter le rôle du chirurgien, il faut savoir que tout, chez l'aliéné, est prétexte à délire. Si certains aliénés semblent jouir d'une résistance très grande aux agents physiques, si rarement ils font entendre une plainte ou accusent un malaise, ils n'en sont pas moins impressionnés par les moindres causes extérieures. L'irritabilité, sous toutes ses formes constitue dès lors l'élément le plus redoutable du délire, surtout dans les formes de la folie dont les préoccupations hypocondriaques constituent la base.

Dans les psychoses avec conscience, l'imagination, qui déjà chez l'homme sain est un élément de dépression si accusé en face de la souffrance physique, est capable de créer sous l'influence d'une cause irritante quelconque, sinon un vrai délire, du moins des interprétations délirantes variées. Nous voyons les persécutés analyser les moindres sensations et leur donner une importance fausse ou exagérée. Chez un mélancolique persécuté, un simple état saburral de la langue suffit à éveiller la crainte d'un empoisonnement.

On comprend dès lors qu'une lésion organique grave ait le pouvoir de faire éclater un trouble général des idées.

Chez la femme aliénée douée d'une impressionnabilité excessive,

l'attention toujours appelée vers certaines lésions des organes génitaux dégénère en obsessions, et ces obsessions peuvent parfois prendre une forme particulièrement angoissante et capable de masquer par sa prédominance les anciennes idées délirantes ou provoquer l'éclosion de nouveaux troubles intellectuels.

Le rôle du chirurgien découle naturellement des observations précédentes. Il doit chez l'aliéné dissocier les souffrances morales des souffrances physiques en supprimant ces dernières. Déjà Esquirol dans son Traité avait insisté sur ce point. Sans guérir l'état antérieur d'aliénation, l'acte opératoire met l'organisme en état de lutter efficacement contre le délire et contre ses manifestations dangereuses, en même temps qu'il prévient l'épuisement qui peut résulter de certaines lésions (fibrome avec hémorragie) et qu'il supprime dans certains cas les auto-intoxications qui jouent dans la pathogénie de la folie un rôle prédominant.

La chirurgie n'est en vérité que palliative, mais si elle ne supprime pas le délire primitif, si elle ne guérit pas dans ces cas la folie, on ne saurait lui refuser un rôle très important. Nous voyons d'ailleurs dans cet ordre d'idées des améliorations qui équivalent presque à des guérisons puisqu'elles peuvent permettre aux malades de reprendre pour un temps leur rôle social.

Les observations XII et XIII sont encore très intéressantes à cet égard.

3e Groupe. — Le troisième groupe comprend les opérations faites dans le but d'activer la convalescence mentale (obs. XI).

Nous avons constaté bien des fois l'heureuse influence de l'intervention au cours des convalescences mentales.

Rien n'est plus frappant, en vérité, mais il faut encore distinguer les formes avec le plus grand soin.

Telle malade a été internée pour un accès de mélancolie. Elle s'est tout d'abord améliorée notablement; on croit la guérison proche, mais cet accès s'éternise et se traduit par une teinte de mélancolie que rien ne justifie en apparence, mais qui peut se prolonger pendant des mois entraînant à sa suite une disposition évidente au délire et à une rechute. L'examen attentif des malades démontre parfois l'existence d'une vaginite intense ou d'une métrite. Quelques soins hygiéniques, un simple curettage ou une amputation du col, amènent alors les plus heureux résultats. La convalescence enrayée reprend sa marche régulière; toutes les fonctions organiques reprennent leur cours normal.

Ces faits ont une grande portée pratique : le chirurgien non prévenu aurait tendance à refuser une intervention chez une malade à peine convalescente, dans la crainte de voir éclater une

rechute. C'est justement le contraire. L'intervention seule peut éviter la rechute et activer la convalescence mentale.

Nous trouvons dans nos notes l'observation XI, relative à une femme très améliorée à la suite d'une énucléation de l'œil et en convalescence mentale, mais qui ne guérit définitivement qu'à la suite d'un curettage utérin.

Résumant ce qui vient d'être dit, nous arrivons aux conclusions suivantes, qui constituent selon nous les véritables indications du traitement chirurgical chez les aliénés :

1° Toute affection provoquant un épuisement (métrorragies), ou créant un danger d'infection (endométrites, salpingites), doit être opérée dans le but de mettre l'organisme en état de résistance.

2° Toute affection qui devient le point de départ d'une obsession doit être opérée. Parfois l'obsession paraît constituer toute la maladie, et l'intervention guérit souvent le trouble mental.

Quand l'obsession et le délire, qui en est la conséquence fréquente, surviennent chez un malade à état mental préexistant, l'opération dirigée contre l'affection obsédante supprime un facteur épuisant, en rétablissant le sommeil et les fonctions digestives et met également l'organisme en état de résistance; d'où les rémissions qui, à défaut d'une guérison impossible, constituent un résultat favorable.

3° Enfin, toute lésion importante, susceptible de provoquer des troubles de sensibilité générale, parfois ignorés des malades, comme un fibrome ou un kyste ovarien, doit être opérée quand les malades ne sont pas en état de démence absolue. On a parfois à constater des résultats inespérés.

Par contre, nous n'intervenons jamais, sauf les cas d'urgence, dans la *démence*. On comprend pourquoi Potherat, opérant une tumeur du sein chez une vieille démente, n'ait obtenu aucun résultat; on comprend également les insuccès de Rohé chez des malades présentant, du côté des centres nerveux, des lésions anatomiques invétérées chroniques. Les *persécutés* également, sont très rarement justiciables d'intervention, et les indications sont délicates à établir. Potherat a eu un échec en pratiquant une cure radicale chez un persécuté. Il n'est pas rare, chez ces malades, de voir au contraire une aggravation de leur état, heureux quand ils n'arrivent pas à persécuter leur chirurgien, comme plusieurs de nos collègues en ont rapporté des exemples lors de la discussion sur les psychoses post-opératoires.

La *paralysie générale*, dont l'anatomie pathologique est aujourd'hui bien connue, échappe à l'action chirurgicale exercée à distance. Ce n'est que dans des cas spéciaux et toujours à titre palliatif, pour supprimer un délire surajouté, que nous intervenons.

L'on sait d'ailleurs que cette maladie est sujette à des rémissions spontanées, mais on peut admettre, dans certains cas, et en s'appuyant sur des considérations précédemment exposées, que l'intervention a pu hâter la rémission.

Enfin, dans notre deuxième communication, en 1898, à la Société de chirurgie, l'un de nous a insisté sur une catégorie de malades chez lesquelles il est dangereux d'intervenir.

Les résultats que nous avons obtenus peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Soixante-six femmes ont été examinées au point de vue gynécologique (1).

Sur ce nombre, 7 seulement n'ont présenté aucune lésion des organes génitaux.

Soit environ une proportion de 89 p. 100 de femmes aliénées présentant des lésions de l'appareil génito-urinaire.

Nous devons dire que nous comprenons sous ce titre toutes les lésions, inflammatoires ou autres, en exceptant toutefois les altérations scléro-kystiques de l'ovaire et les salpingites légères, *contre lesquelles nous n'avons jamais institué de traitement chirurgical.*

Les malades traitées chirurgicalement sont au nombre de 16. Dans ce nombre, nous avons fait rentrer un cas opéré avec M. Pozzi en 1884.

Nous devons y ajouter pour la statistique globale :

1° Trois malades opérées depuis moins d'un mois et dont nous ne connaissons pas encore le résultat au point de vue mental. Nous publierons ces observations plus tard, comme annexe à la statistique actuelle.

2° Une malade, L... (Justine) (registre statistique 1897), atteinte de dégénérescence mentale héréditaire compliquée d'hystérie et chez laquelle le curettage, indiqué, cependant, par des lésions évidentes d'endométrite, n'a amené aucun résultat au point de vue mental.

3° Une malade, R... (Blanche), quarante-trois ans, était atteinte de manie avec idées de grandeur et de persécution, et présentait un gros utérus fibromateux. Nous fîmes un curettage qui ne donna pas de résultat. L'autorisation ne fut pas accordée pour pratiquer l'hystérectomie. Ce cas, par conséquent, ne saurait être mis au passif de la statistique.

Nous n'avons donc à ajouter aux 17 cas précédemment indiqués et dont les observations sont annexées au travail, qu'une seule

(1) Ces malades ont été examinées dans le cours de 1898, dans un service qui ne comprend pas moins de 400 à 450 malades, c'est assez dire que le nombre est restreint. Encore sur le chiffre total il faut déduire un certain nombre de malades examinées dans les années précédentes.

malade hystérique, chez laquelle l'opération n'a donné aucun résultat.

Dès lors, voici les résultats de ces 18 observations (l'observation supplémentaire ajoutée):

10 guérisons,
3 états stationnaires,
4 améliorations,
1 mort.

Nous tenons à faire constater que des 3 malades qui sont restées stationnaires, 2 étaient hystériques et ne pouvaient être améliorées au point de vue mental.

La troisième était porteur d'un gros fibrome et rentre dans la catégorie des malades qu'il convient souvent d'opérer. Mais cette malade présentait un délire de persécution que nous avons maintenant appris à redouter au point de vue opératoire.

Les trois améliorations portent sur des malades à état mental préexistant et chez lesquelles l'opération a fait disparaître un délire surajouté.

Il n'y a eu dans aucun cas d'aggravation de l'état mental.

A ces malades opérées, nous devons ajouter une série de malades chez lesquelles le traitement médical seul de l'affection génitale a amené, soit la guérison, soit une amélioration manifeste.

Dans notre registre statistique 1897, nous trouvons:

1 malade guérie,
3 malades améliorées.

A la suite d'un traitement consistant surtout dans des injections réitérées au permanganate de potasse chez des malades atteintes d'inflammation gonococcique du vagin, ce qui, en résumé, donne un chiffre global de 21 malades traitées médicalement ou chirurgicalement avec :

10 guérisons,
3 états stationnaires,
7 améliorations,
1 mort.

Les résultats de nos interventions, faites d'après les indications précédentes, peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Jamais nous n'avons constaté d'aggravation dans l'état mental des malades.

2° Rarement la malade est restée stationnaire après l'intervention.

3° Dans la presque totalité des cas, nous avons constaté ou la guérison ou une amélioration très manifeste.

Ces résultats présentent de grandes différences avec ceux d'An-

gelucci. Nous allons nous appliquer à les mettre en relief et à en rechercher les causes.

Dans la statistique d'Angelucci et Pierraccini, qui porte sur 109 cas, nous trouvons des résultats déplorables : sur le chiffre total nous ne trouvons que 17 cas où l'influence de l'intervention a été salutaire.

Dans 23 cas, les femmes sont restées ce qu'elles étaient avant : l'influence de l'acte opératoire a été nulle :

2 femmes sont devenues névropathes.

23 folles et hystériques avant l'opération ont présenté une aggravation de leur état antérieur.

Enfin 44 femmes, dont 20 hystériques avant l'opération, et 24 non hystériques sont devenues folles.

Enfin, sur les 17 cas où l'influence de la chirurgie aurait été salutaire, 12 des malades ne présentaient que des troubles nerveux, et les 5 cas favorables à l'intervention auraient fourni seulement 2 améliorations sensibles et 3 guérisons apparentes. Certes, cette statistique ainsi présentée n'est guère susceptible d'encourager les chirurgiens dans la voie que nous indiquons. On comprend que sur 76 aliénistes consultés par Angelucci, 3 seulement se soient déclarés favorables et que sur 18 gynécologistes et chirurgiens, également consultés, 5 seulement soient partisans de l'intervention; encore sur les cinq, il faut en signaler deux qui n'interviennent que lorsque les organes génitaux sont réellement malades.

C'est en s'appuyant sur des résultats statistiques analogues que Russell, au Congrès de Montréal, et tous les aliénistes de la Grande-Bretagne et de l'Amérique (au nombre de 120) auxquels il s'était adressé, sont arrivés à combattre l'intervention chez les aliénés.

Presque tous ont répondu que très rarement l'état mental avait été modifié ; que si l'intervention se trouvait indiquée, quand il existait une lésion matérielle, on ne pouvait jamais compter sur une amélioration de l'état mental. Ils vont même jusqu'à dire que lorsque la guérison est obtenue, il convient de l'attribuer à des conditions indépendantes de l'opération.

Or, pour ce qui concerne la statistique italienne, on constate qu'elle soulève de graves objections. Tout d'abord elle est faite d'observations adressées à l'auteur. Beaucoup d'entre elles manquent de renseignements précis sur la nature des lésions constatées et des opérations pratiquées; parfois même les renseignements manquent totalement.

Un point capital, et sur lequel il nous faut insister spécialement, c'est que les auteurs n'y rangent guère que des cas d'hystérie. Ils distinguent bien les hystériques de celles qui ne le sont pas. Tout

d'abord, cette répartition est inégale. L'auteur a divisé ses observations en 13 groupes cliniques. Or, les 9 premiers ne comprennent que des hystériques, le 10e comporte 24 cas de psychose post-opératoire chez des femmes non hystériques, mais qui n'étaient pas folles, dit l'auteur, avant l'opération.

Les deux derniers groupes comprennent 24 malades aliénées, dont 19 sont aggravées, ou restent stationnaires après l'opération, dont 5 paraissent améliorées ou guéries. Or, dans le détail nous trouvons que sur les 19 cas, 9 étaient atteintes de folie hystérique, 2 de folie périodique menstruelle, 1 de folie épileptique : donc, 12 malades, dont la plupart sont hystériques.

Quant aux 7 autres, il n'est donné aucun renseignement; enfin, les 5 derniers cas sont constitués par des femmes atteintes de folie hystérique avec accès maniaques.

Il résulte de cet examen que presque tous les cas rapportés par les auteurs italiens sont relatifs à l'hystérie, et nous ajouterons qu'il en est de même de ceux que vise Cuylitz dans sa communication. Il nous dit, en effet, dans ses conclusions que nous tenons à reproduire intégralement : « Rien, dit-il, ne justifie une intervention chirurgicale dans le traitement de l'hystérie ou d'un état épileptique. Elle n'est curative dans aucun cas : elle débilite parfois, et retarde la guérison; elle est parfois mortelle. » Cette dernière conclusion est sans valeur : les autres sont contestables, nous ne retenons ici que la première, qui démontre que l'auteur n'a envisagé que l'hystérie et l'épilepsie.

Dans la statistique de Rohé, nous trouvons également plusieurs faits d'hystérie, et il est certain que sa statistique eût été meilleure s'il avait su écarter ces cas.

Notre expérience nous a conduit à penser que l'hystérique ne doit que dans des circonstances exceptionnelles être soumise à une intervention chirurgicale.

Les statistiques étrangères, que nous avons citées, sont fort instructives à cet égard; les résultats mauvais que leurs auteurs ont obtenus chez des hystériques ne peuvent que nous confirmer dans cette opinion.

Les hystériques ont un mode de réaction particulier vis-à-vis des opérations : les préoccupations morales anté-opératoires, l'opération elle-même deviennent le plus souvent pour elles le point de départ d'une obsession qui les conduit à des troubles intellectuels. Beaucoup deviennent folles après une intervention, comme nous le montre Angelucci. La dénomination bien vieillie aujourd'hui de shock opératoire semble leur convenir particulièrement.

Pour notre part, nous n'en avons jamais opéré dans notre service de Ville-Évrard. Notre statistique ne contient que deux cas

opérés par l'un de nous, il y a dix ans, dans le service de Kéraval, à cette époque où notre expérience n'était pas faite; les malades n'ont pas guéri de leur état mental.

Il est un autre point important à mettre en relief dans les statistiques étrangères : c'est que, dans presque tous les cas, les opérations ont été faites dans l'unique but de guérir les malades de leur état mental, c'est-à-dire ont porté sur des organes sains.

Dans les groupes classiques établis par Angelucci, beaucoup ne visent que ces cas.

Nous voyons même, dans ceux de ces groupes où il est spécifié que les femmes présentaient des lésions véritables, que les lésions accusées consistent dans des altérations scléro-kystiques de l'ovaire, lésions pour lesquelles nous n'avons jamais cru devoir intervenir, ou des salpingites blennorragiques.

Ajoutons même que dans beaucoup de ces observations, les lésions annoncées par l'auteur *ne sont nullement spécifiées.*

Dans deux cas, l'auteur signale l'existence d'un fibrome utérin avec hémorragies profuses; dans un de ces cas, d'ailleurs, la malade est devenue folle après l'opération.

Dans la statistique de Rohé, que nous avons citée plus haut, nous trouvons que plusieurs de ses malades présentaient des lésions utérines insignifiantes.

Jamais, dans notre pratique, nous n'avons fait l'ablation d'un organe sain; nous avons dit plus haut que cette pratique est absolument condamnable; et d'ailleurs, les résultats défectueux présentés par Angelucci ne viennent-ils pas s'ajouter aux raisons morales pour condamner à jamais une semblable pratique? L'on comprend qu'Angelucci ait été amené à conclure, en s'appuyant sur les faits qu'il a publiés, que l'intervention ne pouvait se justifier que par la gravité des maladies des organes sexuels, sans qu'on puisse, dit-il à tort, espérer une influence heureuse sur l'état névropathique des femmes à opérer.

C'est la conclusion à laquelle Jacobs s'est rallié lui-même, et il est évident que les partisans de l'intervention ont singulièrement nui à la thèse qu'ils soutenaient en pratiquant des opérations dans des conditions différentes.

Dans notre statistique, comme nous l'avons dit plus haut, toutes nos opérées étaient des malades qui auraient subi l'opération, même si elles n'avaient pas été aliénées, et c'est certainement une des principales causes des résultats heureux que nous avons enregistrés.

Si nous envisageons, en résumé, les conditions spéciales dans lesquelles nous sommes intervenus chez les aliénées, on com-

prendra facilement les raisons qui nous ont permis d'obtenir des résultats si différents de ceux signalés à l'étranger :

1° Nos observations d'abord nous appartiennent en propre. Elles ont été prises méthodiquement; tous les renseignements intéressant notre thèse s'y trouvent implicitement compris.

Nos malades ont été suivies par nous; les cas récents resteront soumis à une observation prolongée.

2° Nous avons éliminé avec soin toutes les hystériques que l'intervention chirurgicale semble prédisposer spécialement aux troubles mentaux. L'étude des faits publiés lors de la discussion sur les psychoses post-opératoires est bien instructive à cet égard.

On ne doit, selon nous, intervenir chez elles que dans des cas exceptionnels et quand elles présentent des lésions pouvant menacer leur existence.

3° Nos opérées sont toutes des malades dont l'état justifierait l'intervention, même si elles n'étaient pas aliénées. Aucune opération sur des organes sains n'a été pratiquée.

4° Nous avons enfin spécifié plus haut les catégories d'aliénés qui nous paraissent actuellement justiciables de l'intervention; il est d'ores et déjà certain que tous les aliénés ne sauraient bénéficier d'une intervention chirurgicale, que beaucoup d'entre eux ne sauraient subir une intervention sans le plus grand préjudice, et que c'est à établir les indications opératoires dans chaque cas spécial qu'il convient de s'appliquer.

Nous en avons indiqué quelques-uns. Nous convenons qu'il en reste beaucoup d'autres à établir.

Mais tout incomplète qu'elle est, cette étude nous a semblé mériter votre attention, en ce qu'elle indique, en réalité, une voie nouvelle à suivre dans cette question si complexe des relations de l'aliénation mentale avec la chirurgie.

Obs. I (Service de M. le Dr Briand). — *Délire mélancolique chez une prédisposée à l'occasion d'une fistule rectale. Guérison* (1).

Mme S... a toujours eu un caractère un peu exalté, mais sans troubles intellectuels proprement dits, jusqu'au jour où il lui vint, dans des conditions que nous ignorons, une *fistule rectale*.

A partir du jour où le médecin qui la soignait lui fit part de cet accident, la malheureuse fut prise d'*angoisses terribles*. Peu à peu elle perdit le sommeil, se désolant à la pensée que sans doute elle ne guérirait jamais et qu'il lui faudrait subir une terrible opération. Bientôt l'anxiété augmenta et les *hallucinations* auditives se montrèrent.

(1) Toutes ces observations ont été rédigées par les médecins aliénistes dans le service desquels les malades étaient placées.

Elles sont toutes personnelles.

Elle croyait entendre des *diables* qui l'accusaient d'être la cause de tous les maux sévissant sur l'humanité. Puis survint une courte période d'agitation, enfin un véritable délire mélancolique, au cours duquel la malade tenta de se *suicider* en cherchant à s'enfoncer une lame de fer pointue dans la région précordiale. Le mari survint à temps et plaça sa femme à l'asile.

Quelques semaines après l'entrée, la guérison de la fistule fut obtenue par de simples cautérisations au nitrate d'argent, auxquelles la malade ne se résignait d'ailleurs que très difficilement, et bientôt les troubles intellectuels s'amoindrirent : la gaieté revenait, les hallucinations *disparaissaient;* la malade abandonnait ses anciennes préoccupations et pouvait enfin quitter l'asile complètement guérie après trois mois de traitement.

Obs. II (Résumée), présentée à la Société médico-psychologique, le 26 décembre 1898. — *Mélancolie. Fibrome utérin. Guérison après opération.*

La nommée L..., femme R..., est entrée à l'asile de Ville-Evrard, le 25 octobre 1895, accompagnée du certificat médical suivant, signé par M. le Dr Legras, médecin de la préfecture de police : « État mélancolique qui paraît lié à une altération organique (fibrome utérin). Hallucinations auditives. Idées d'empoisonnement imaginaire. Refus de la nourriture. Agitation nocturne. Quelques idées de suicide, stigmates physiques de dégénérescence. »

Mme R... est une femme robuste, de taille élevée, de tempérament congestif; elle est âgée de quarante huit ans. Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans; jusqu'à ce jour, la menstruation est restée régulière. Aucune maladie grave à noter. Son père est âgé de soixante dix-huit ans et bien portant; sa mère est morte à cinquante-neuf ans elle était atteinte d'un ulcère variqueux, elle paraît avoir succombé une sorte d'épuisement progressif; sa santé s'était profondément altérée à la suite de la ménopause. Elle a une sœur qui a quarante-six ans, mariée, sans enfants, très bien portante. Son frère est mort de la petite vérole.

Notre malade s'est mariée à dix-neuf ans, a eu une grossesse à vingt-deux ans; grossesse et accouchement se sont passés normalement.

Elle présente, au point de vue physique, quelques signes de dégénérescence et notamment de l'asymétrie faciale, de l'adhérence des lobules des oreilles, un rétrécissement apparent du diamètre transverse du crâne.

Au point de vue psychique, on peut dire que son niveau intellectuel est peu élevé. Si elle a pu acquérir une instruction primaire passable, son raisonnement, abstraction faite du délire, laisse beaucoup à désirer. Elle savait autrefois diriger son ménage avec économie.

L'état mélancolique qui a nécessité son internement à l'asile s'est établi par étapes successives et a commencé par une sorte d'abattement, de prostration, qui lui faisait rechercher l'isolement. Depuis

deux ans déjà, elle éprouvait, à la suite des moindres marches, une sensation insurmontable de fatigue que venaient encore aggraver des souffrances liées à la présence d'un néoplasme dans la cavité abdominale. Cependant ses fonctions organiques suivaient leur cours à peu près régulier; la menstruation elle-même n'avait pas été influencée par le néoplasme dont nous venons de parler; elle était restée régulière. Aux soucis que lui occasionnait sa santé physique, à la crainte d'une intervention chirurgicale absolument nécessaire, vinrent bientôt s'ajouter des tracas causés par des pertes d'argent. La dépression s'est alors accentuée, des appréhensions maladives commencèrent à envahir son esprit. A la suite de contrariétés insignifiantes survenues avec des voisins, elle tomba dans une tristesse profonde et elle eut une période de recueillement pendant laquelle des interprétations délirantes s'organisèrent. En vain, on essaya un moment de lui procurer des distractions, de la faire voyager, de lui changer sa situation; rien ne put enrayer sa disposition au délire. Bientôt, sans passer par la phase des hallucinations élémentaires de l'ouïe bien caractérisées, elle entendit des voix de nature injurieuse et menaçante, elle crut l'existence de son enfant compromise, elle l'appelait sans cesse, elle était convaincue que ses voisins la lui cachaient, la faisaient souffrir, etc. Une deuxième fois, on tenta d'éloigner de son esprit ces préoccupations délirantes, on la conduisit loin de l'endroit où son délire avait pris corps; mais à la tristesse, l'anxiété succéda, avec cette agitation si spéciale et si difficile à calmer qui l'accompagne habituellement, et la séquestration devint une mesure urgente, impossible à éviter.

Etat mental à l'arrivée à l'asile. Quand la malade est soumise à notre observation, elle offre l'attitude des mélancoliques anxieuses, elle est sans cesse en mouvement, elle fait entendre des gémissements, elle paraît être en proie à un délire hallucinatoire des plus intenses, elle refuse d'une façon absolue la nourriture, terrorisée qu'elle est par des voix qui lui défendent de manger, alors même qu'elle est tourmentée par une sensation atroce de faim. Elle cède seulement pendant la nuit à cette sensation de faim; ne se croyant plus surveillée, elle dévore alors d'énormes morceaux de pain.

Ses hallucinations se poursuivent sans aucun répit et se compliquent d'illusions qui lui font voir tous les objets sous un aspect tout à fait anormal; les feuilles lui paraissaient noires, les physionomies de personnes prenaient des airs grimaçants. Les troubles de la sensibilité avaient chez elle un caractère particulièrement pénible, se produisant tantôt sous forme de piqûres, de brûlures qu'elle attribuait à l'électricité, tantôt sous forme de tiraillements insupportables exercés sur ses joues, sur son nez, sur ses paupières. Des hallucinations psychomotrices contribuaient encore à augmenter son trouble; on la forçait à prononcer certains mots, certaines phrases. Des personnes de Chalon, de Mâcon, de Paris lui parlaient à la fois, la clouaient à la même place, lui imposaient par un fil une conversation que malgré tous ses efforts elle n'arrivait pas à rompre.

Pendant plusieurs mois, l'état mental ne se modifie pas. Les règles

ramènent sans cesse une exacerbation du délire. Puis une rémission se produit brusquement vers le mois de janvier 1896, rémission incomplète, ainsi que le bulletin de santé suivant le constate :

« Amélioration, le sommeil est redevenu paisible, l'appétit est satisfaisant, l'activité physique se réveille. Les hallucinations de l'ouïe persistent et provoquent parfois encore de l'agitation anxieuse. »

Le 6 février 1896, une rechute se produit, l'excitation est redevenue très vive. Malgré la plus vive insistance, la malade refuse de se soumettre à un examen gynécologique. La menstruation se fait irrégulière, comme à l'approche de la ménopause.

Le 16 mars, une nouvelle rémission est constatée dans l'état mental de la malade, qui se montre très régulière dans ses actes et a même jusqu'à un certain point conscience de sa situation passée. Cet état ne constitue toutefois qu'une accalmie passagère. Au moment des règles, le délire se réveille et se complique d'agitation anxieuse.

A la date du 16 avril, nous trouvons à son dossier le bulletin de santé suivant :

« La malade est reprise d'un délire très intense; ses hallucinations anciennes sont revenues et ne lui laissent aucun répit. Continuellement, elle croit entendre la voix de son mari, elle est persuadée que tous ses parents sont à l'asile, elle dit entendre leurs cris, leurs gémissements, leurs appels désespérés. Ces perversions sensorielles la jettent dans un état d'angoisse extrême qui la rend très difficile à soigner. »

Le 20 avril, en raison de l'agitation croissante, les visites de la famille de la malade sont suspendues.

Le 5 juin, accalmie relative. Un examen gynécologique a révélé l'existence d'une tumeur fibreuse dont l'ablation est proposée et pratiquée le 29 juin.

L'état mental s'améliore rapidement après l'opération. Le 25 août, le bulletin de santé suivant est adressé à la famille :

« La malade est très calme et ne présente plus actuellement aucune idée délirante, aucune perversion sensorielle. La convalescence pouvant être activée par son retour au milieu des siens, le médecin en chef est d'avis de provoquer sa mise en liberté. »

Il adresse le même jour à M. le préfet de police un certificat de sortie ainsi conçu :

« Mme R... se trouve actuellement dans un état mental très satisfaisant.

« Les troubles intellectuels qu'elle présentait étaient probablement liés aux souffrances physiques qu'elle éprouvait sous l'influence d'une énorme tumeur abdominale. Depuis l'intervention chirurgicale (laparotomie) qu'il a été nécessaire de pratiquer, l'état mental s'est rapidement amélioré.

« J'estime, en conséquence, que cette malade, qui est redevenue absolument calme et dont la convalescence peut être activée par le retour dans sa famille, doit être mise en liberté. »

La malade quitte l'établissement le 1er septembre 1896. M. Picqué a

revu la malade plusieurs fois en 1897 et 1898. La guérison s'est maintenue.

Obs. III (Service de M. Kéraval, maison de santé de Ville-Evrard). — *Manie aiguë. Prolapsus utérin. Hystéropexie. Guérison.*

B... (Jeanne), femme C..., quarante-sept ans, entrée dans le service de M. Kéraval le 28 février 1891.

Chez elle la manie aiguë est caractérisée par une agitation incessante, une grande volubilité, des discours incohérents et des actes désordonnés. Cet état a duré sans interruption jusqu'au jour de la guérison opératoire.

L'hérédité de cette malade semble assez chargée, mais il est difficile d'obtenir à cet égard des renseignements précis de la part du mari. M. Kéraval s'est surtout rendu compte du passé par l'ensemble des renseignements fournis, bien plus que par la précision des détails.

Cette malade a, d'ailleurs, une fille de dix-huit ans, qui est peu développée au point de vue psychique et physique.

La crise actuelle serait la deuxième au dire du mari. La première a guéri spontanément par l'isolement dans une maison de santé. A son entrée dans mon service, je ne constate aucun signe physique de dégérescence, mais je reconnais un prolapsus utérin très marqué et très facilement réductible. Il est impossible à maintenir, et d'autre part l'agitation de la malade ne permet pas de placer et de faire supporter un pessaire.

Cet état s'aggrave sans cesse. J'avais tout d'abord songé à la faire opérer pendant une période d'accalmie, mais l'agitation persistant, je priai M. Picqué d'intervenir à la demande expresse de la famille. Le chloroforme a été relativement facile et très facilement supporté malgré l'agitation extrême de la malade. Il a fallu néanmoins lui placer une camisole avant de procéder à la chloroformisation.

M. Picqué pratiqua l'hystéropexie, qui ne présenta rien de particulier.

Dès la cicatrisation de la plaie opératoire, la guérison survint brusquement et la malade rentra dans sa famille.

Note de M. Picqué. — La malade occupait à la maison de santé une cellule capitonnée : elle avait près d'elle constamment plusieurs infirmières. Je dus littéralement l'examiner à la course, la malade se sauvant dès que je pratiquai le toucher. Je fus absolument surpris de voir le calme renaître dès l'opération, chez une femme agitée depuis plus d'un an, sans rémission aucune.

Elle put me parler raisonnablement dès le deuxième jour. J'ai vu son médecin dix-huit mois après l'opération. La guérison avait persisté. Je n'en ai plus eu aucune nouvelle depuis cette époque.

Sa sortie de l'asile date du 27 février 1892.

Obs. IV (Service de M. le Dr Febvré). — *Dépression mélancolique. Endométrite cervicale. Amputation du col. Guérison.*

Mme F... (Aimée), âgée de trente ans, ménagère, entre le 27 mai 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, et bien régulièrement jusqu'à son mariage (1890). Depuis elle a quatre enfants, ses couches ont été normales. Mais depuis la naissance de son dernier enfant (septembre 1897), que d'ailleurs elle nourrit, elle souffre dans le ventre et les lombes, a de très fréquentes pertes de sang. A l'occasion de ces pertes, Mme F... abuse de vulnéraire et de cognac. En même temps que les troubles génitaux, sont apparus les troubles mentaux caractérisés par un état de dépression mélancolique avec illusions, interprétations délirantes, idées de jalousie et de persécution. La malade est internée à la suite d'une tentative de suicide. Elle présente, au moment de son admission, des contusions qu'elle s'est faites en se jetant dans un puits.

L'examen gynécologique est pratiqué le 2 août 1898. On trouve un petit utérus en antéflexion légère ; rien aux annexes ; le col est volumineux ; il existe une hypertrophie des deux lèvres, surtout de la postérieure. L'amputation du col est pratiquée le 10 août. Sous l'influence de cette opération, les hémorragies cessent, les douleurs disparaissent, les règles s'installent régulièrement. L'état mental suit parallèlement l'amélioration génitale. Les idées de suicide et les idées de persécution ont disparu ; la malade n'a plus le sentiment de tristesse et d'impuissance qui la poursuivait continuellement. Au contraire, elle est gaie et travaille avec zèle et avec goût. Elle attribue son amélioration à la disparition de l'obsession continuelle que provoquaient ses métrorragies.

Le 8 *octobre* 1898, le Dr Febvré rédige le certificat : « Atteinte de lypémanie suicide, se trouve depuis deux mois dans un état de lucidité complet, a repris son activité et ses forces et peut être conséquemment rendue à son mari qui la réclame. »

OBS. V (Service de M. le Dr FEBVRÉ). — *Lypémanie chronique. Endométrite cervicale. Amputation du col. Guérison.*

Mme R... (Pauline), âgée de quarante-deux ans, couturière, entre dans le service du Dr Febvré, le 8 avril 1898, avec le certificat : « lypémanie chronique, délire, hallucinations génitales très intenses — on lui brûle, on lui arrache la matrice —, et très pénibles, entraînant un état d'irritabilité avec tendances dangereuses. »

Antécédents héréditaires. — Père mort de variole hémorragique à soixante et onze ans ; mère rhumatisante morte à soixante-quinze ans : pas d'antécédents névropathiques.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à vingt et un ans. Réglée à treize ans, et dès lors régulièrement. Trois accouchements normaux spontanés, sans accidents ; le dernier, il y a dix ans.

La malade se plaignant de douleurs abdominales, de leucorrhée, on l'examine au point de vue génital : rien dans les annexes ; lèvre antérieure du col volumineuse ; lèvre postérieure ulcérée ; prolapsus utérin accompagné de rectocèle et de cystocèle légers ; hystérométrie, 7 centimètres et demi.

En août 1898, la malade est toujours dans le même état d'esprit, elle

reste sous l'influence d'un délire hallucinatoire très intense; elle continue à faire résistance à tout, ne veut même pas recevoir son mari, M. le Dr Picqué lui fait une amputation du col suivie d'un curettage qui ramène de nombreuses fongosités.

23 *décembre* 1898. — La malade est très calme, très régulière dans ses actes, elle a conscience de sa situation passée. On lui accorde un congé de huit jours. — 2 *janvier* 1899. On prolonge le congé de huit jours. Pendant ce temps, elle a ses règles. — 18 *janvier*. On délivre le certificat de sortie.

Elle revient fin janvier en visiteuse. L'état mental et général sont très bons.

Obs. VI (service de M. Febvré). — *Dégénérescence mentale. Endométrite cervicale. Guérison du délire après l'opération.*

Mme J. B..., âgée de trente-quatre ans, sans profession, entre dans le service du Dr Febvré avec le certificat suivant le 4 juin 1897 : « Est atteinte de dégénérescence mentale, avec excitation très vive, idées de persécution, de grandeur, de suicide, hallucinations, illusions, impulsions, obsessions. »

Hérédité maternelle. — Réglée à onze ans et régulièrement jusqu'à son mariage, dix-sept ans. Depuis lors, dysménorrhée très nette. Elle a eu 7 enfants et fait 2 avortements. Des 7 enfants, 4 sont morts, dont 3 de méningite. Le premier accouchement a été suivi de fièvre ; au dernier (juillet 1896), elle s'est levée le deuxième jour.

En avril 1898, on constate encore que la malade est sous l'influence d'une tristesse profonde ; elle a des frayeurs, de l'anxiété, des appréhensions, elle est prise d'un tremblement généralisé au moindre bruit ; elle se désespère et des idées de suicide commencent à revenir. A ce moment, en outre, l'état général de la malade était mauvais, elle avait un grand sentiment de faiblesse et des tendances à la syncope. Ses règles étaient toujours extrêmement douloureuses, survenaient avec des retards de deux ou trois semaines et s'accompagnaient de véritables métrorragies ; plusieurs fois elle a même eu à ces moments-là des nausées et des vomissements. L'examen gynécologique révèle un gros utérus en antéflexion, une ulcération sur la lèvre antérieure du col. Pas de lésions annexielles.

Le 7 septembre, M. Picqué fait un curettage qui ramène beaucoup de fongosités.

En octobre, l'état général est très satisfaisant, l'état mental également, si bien que les derniers jours du mois, elle est rendue à son mari qui la réclame.

Obs. VII (service de M. Febvré). — *Débilité mentale. Endométrite cervicale. Guérison du délire après l'opération.*

F..., femme T..., née dans la Nièvre, en 1855.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de maladies générales, goitre peu volumineux.

Réglée à treize ans, 3 enfants; le premier aurait dix-neuf ans, le dernier, une fille, a quinze ans.

La première couche a été pénible, et depuis, la malade a toujours plus ou moins souffert du ventre. Mais l'état génital ne s'est aggravé que dans l'année 1898.

Maladie mentale. — En 1881, à la suite d'un grave accident survenu à son mari, et alors qu'elle nourrissait son premier enfant, premier internement de sept mois. Pas de renseignements.

En 1896, à la suite de la naissance de son second enfant, elle est internée à nouveau. Elle est alors atteinte de débilité mentale avec excitation presque continuelle, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de la vue. Erotisme et mysticisme. Appoint alcoolique. Elle est transférée à l'asile de Begard, d'où elle ne tarda pas à sortir.

En juillet 1898, la malade a une rechute qui coïncide encore avec un grand chagrin (maladie grave du dernier enfant qui lui reste). Elle présente une grande excitation avec idées de persécution, jalousie morbide, désordres dans les actes, hallucinations, illusions.

De juillet à septembre, la malade reste très excitée, veut s'évader, dérobe de l'argent et de menus objets à ses voisines. En septembre, en même temps que les désordres génitaux s'exagèrent, des idées hypocondriaques se surajoutent au délire précédent; la malade reste absolument inactive, son état général devient mauvais, elle pâlit et maigrit.

Novembre. — Examen gynécologique par M. Picqué. Utérus en antéflexion légère. Rien d'appréciable dans les annexes. Col gros et violacé. Déchirure transversale à droite. Opération le 25 novembre 1898.

Curettage et amputation du col. Peu de fongosités dans la cavité utérine.

25 *décembre* 1898. — Etat physique satisfaisant, disparition des préoccupations hypocondriaques; le délire est moins intense.

25 *février* 1899. — Etat général très bon. Le délire a totalement disparu. Elle travaille avec zèle et avec goût.

5 *mars* 1899. — L'état général de la malade est très bon, elle a engraissé. L'état mental est également aussi bon que possible, plus de délire, plus d'idées hypocondriaques. Elle se trouve heureuse de ne plus souffrir et elle attend avec patience sa sortie qui serait accordée, si le mari — détourné par ailleurs — n'y mettait obstacle. Sortie après nouveau certificat établissant que le maintien à l'asile n'est plus justifié.

Obs. VIII (service de M. le Dr Febvré). — *Débilité mentale. Staphylome cornéen. Énucléation. Guérison du délire.*

V... (Pauline), âgée de trentre-huit ans, célibataire, sans profession, entre à Ville-Evrard, dans le service du Dr Febvré, avec le certificat suivant, le 6 juin 1898 : « Atteinte d'affaiblissement intellectuel avec agitation anxieuse, mobilité, cris, terreurs, insomnie absolue. Pré-

vention de vagabondage. Hémiplégie faciale droite. Embarras gastrique. »

Au cours du mois de juin, on remarque « une altération profonde et grave de l'état physique, séjour au lit prolongé.

M. Picqué constate un staphylome cornéen « cornée encore un peu transparente, bosselée, vision abolie; pas de douleurs ». Ophtalmie sympathique au début.

Énucléation d'après le procédé classique.

Elle est transférée à Dun-sur-Auron, le 26 janvier 1899, avec le certificat suivant: « Pour un délire mélancolique compliqué d'agitation anxieuse, de mutisme; est redevenue très active, n'accuse aucune souffrance, aucun vertige, aucune idée délirante depuis l'ablation de l'œil; serait toutefois incapable de subvenir aux besoins de son existence. »

Obs. IX (Service de M. Febvré). — *Dégénérescence mentale avec délire mélancolique. Kyste vaginal. Guérison après opération.*

Mme P... âgée de trente-deux ans, ouvrière en couronnes, entre dans le service du Dr Febvré avec le certificat : « est atteinte de dégénérescence mentale pour la seconde fois, et délire mélancolique. Hallucinations visuelles et auditives terrifiantes. Agitation par intervalles. Idées de suicide. Excès alcooliques. »

Réglée à douze ans, avec régularité, mais avec douleurs assez vives. Elle a eu quatre accouchements normaux et une fausse couche. Pendant sa dernière grossesse, elle a reçu un coup de pied dans le ventre. Pointe de hernie crurale gauche. L'examen révèle un kyste vaginal d'origine wolfienne, implanté à droite; il est translucide et fait saillie à la vulve, présente la grosseur d'une noix.

Le Dr Picqué tente la dissection sans ouverture préalable; mais la paroi cède, il s'écoule un liquide blanc visqueux; il résèque alors aux ciseaux toute la paroi du kyste qui est libre et décolle celle qui est adhérente.

Le 12 octobre, l'état local est très satisfaisant; de même l'amélioration de l'état mental va en augmentant; les conceptions délirantes ont disparu progressivement.

Le 28 décembre elle est mise en liberté.

Obs. X (Service de M. le Dr Febvré. — *Mélancolie aiguë. Endométrite cervicale. Guérison après opération.*

H..., vingt-cinq ans, employée, entre le 26 août 1898 dans le service de M. Febvré qui rédige le certificat suivant : « Est atteinte de mélancolie aiguë, avec idées hypocondriaques de culpabilité, de suicide. Tentative de suicide par précipitation. Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, sauf aménorrhée à l'âge de dix-sept ans. Accouchement normal en 1894. La malade a aussi une leucorrhée continue avec douleurs abdominales. »

A l'examen, M. Picqué constate tous les signes d'une vaginite intense

et totale. Le col est gros : la lèvre postérieure ulcérée. L'utérus est petit, en antéflexion légère et antéversion complète. Il n'existe aucune lésion notable dans les annexes; néanmoins on perçoit de la douleur à la pression. On constate encore une fracture probable du calcanéum et une cyphose dorso-lombaire congénitale.

Sous l'influence du traitement ordinaire, la vaginite a beaucoup diminué.

M. Picqué pratique l'amputation du col. Le résultat opératoire est excellent.

Résultats au point de vue mental (note fournie par M. Pelas, interne de service le 28 mars 1899. Registre statistique, 1899). L'amélioration de l'état mental a été légère et lentement progressive au début, mais aujourd'hui les idées hypocondriaques qui avaient provoqué l'éclosion des idées de suicide ont complètement disparu. De même ont disparu les idées de culpabilité. Plus de dépression des facultés. Plus de tristesse. État normal : la malade est gaie : elle parle. Elle est satisfaite, enchantée de son opération. La mélancolie aiguë a complètement disparu. Absence complète de conceptions délirantes. (Note confirmée par le médecin-chef.)

Obs. XI (Service de M. le Dr Febvré). — *Dépression mélancolique. Énucléation de l'œil. Convalescence mentale. Endométrite. Guérison après deux opérations.*

Miss R... (Georgina), âgée de trente-cinq ans, institutrice. Entrée dans le service du Dr Febvré avec le certificat suivant : le 4 août 1897 est atteinte de dépression mélancolique, avec idées de persécution dirigées contre une de ses tantes, qui lui refuse un pardon imploré depuis de nombreuses années; tentative de suicide par submersion. A déjà été soignée dans un asile d'aliénés.

Antécédents héréditaires. — Le père s'est tué à quarante-sept ans. Mère inconnue et mystérieuse, venant voir sa fille en se présentant comme une tante.

Antécédents personnels. — Rougeole. Migraines. Rhumatisme cérébral. Réglée à dix-neuf ans. Élevée en France dans un couvent. Institutrice. Accident de lawn-tennis, où elle perd un œil. Excentricités, abus d'éther et d'alcool, idées de grandeurs. Est internée cinq mois à Villejuif en octobre 1895.

Décembre 1896. — Fausse couche de six mois; depuis lors, métrorragies, leucorrhées, douleurs abdomino-lombaires. A ce moment déjà, douleurs oculaires. Abus d'alcool et d'éther. C'est dans ces circonstances qu'elle entre en août 1897 chez le Dr Febvré.

Septembre 1897. — Toujours idées de suicide.

Octobre 1897. — Même état mental et violentes douleurs oculaires.

Novembre 1897. — Des troubles génitaux viennent se surajouter. Impossibilité d'examiner la malade. L'état mental paraît s'aggraver.

7 janvier 1898. — Les douleurs oculaires étant intolérables, le Dr Picqué pratique l'énucléation.

Février 1898. — Les douleurs de tête ont disparu. Idées mélanco-

liques moins prononcées. L'état génital est toujours le même. Ne veut pas se laisser examiner.

De *février* à *août* 1898. — L'état mélancolique s'améliore avec exacerbation au moment des règles. En juillet, vomissements incoercibles.

En *août*. — Examen gynécologique : utérus gros en antéflexion légère. Col volumineux, laisse échapper beaucoup de mucus ; rien aux annexes. Le curettage pratiqué le 3 août 1898 ramène beaucoup de fongosités.

Octobre 1898. — L'état général de la malade est toujours mauvais. La moindre émotion, la moindre contrariété ramènent le découragement et les crises gastriques. Son impressionnabilité est extrême. — *Novembre* 1898. Bonne période, tant au point de vue mental que physique. — *Décembre* 1898. Des questions d'intérêt éveillent encore son irritabilité nerveuse ; néanmoins, bon état général.

23 *décembre*. — Bon état mental et physique. Elle rentre chez un ami à Paris.

Obs. XII (Service de M. Briand.) *Imbécillité simple. Délire surajouté. Kyste ovarique. Amélioration après opération.*

P..., âgée de quarante-trois ans, entre à l'asile des aliénés de Villejuif, dans le service de M. le Dr Briand, le 5 mai 1884, quelques jours après l'ouverture de l'asile, venant de Ville-Evrard avec le diagnostic d'imbécillité simple ; incapacité de se diriger et de pourvoir à ses besoins. Prognathisme inférieur ; blésité ; idées ambitieuses absurdes.

A l'arrivée de la malade à Villejuif, on constate la présence d'une tumeur abdominale peu développée, globuleuse, indolente, et ne donnant lieu à aucune réaction. Au bout de trois mois, le corps entier se couvre d'une éruption d'aspect érythémateux. Le volume du ventre s'était accru rapidement par la production d'un épanchement péritonéal. En même temps, la malade était tombée dans un état de demi-stupeur.

En cinq mois, huit ponctions abdominales sont pratiquées, donnant chacune en moyenne dix à douze litres d'un liquide clair, jaune citrin, contenant des flots d'albumine.

Au point de vue mental, après chaque ponction, la malade était moins déprimée.

Or, cette atténuation de l'état mélancolique de la malade a été constaté après chacune des huit ponctions qui ont été pratiquées. Ce ne pouvait donc être une coïncidence, et l'on ne pouvait attribuer au hasard le réveil des facultés intellectuelles consécutif à chaque ponction.

Le 15 novembre, la malade entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr Pozzi, qui pratique avec l'aide de M. Picqué l'ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire. P... reste dans le même état de demi-stupeur.

Mais, pendant la convalescence de l'opération, les facultés intellectuelles se réveillent ; la malade sort de son mutisme habituel et parle d'une manière assez sensée aux infirmières pour que celles-ci puissent croire à une guérison complète.

En réalité, l'état d'imbécillité antérieur persistait ; mais l'état de vésanie mélancolique, qui s'était développé parallèlement à l'évolution de la tumeur, avait cessé après l'ablation de celle-ci.

D'ailleurs, on ne pouvait chercher dans l'état physique de la malade une cause à ses préoccupations mélancoliques. P... était une imbécile, et l'arrêt de développement de ses facultés intellectuelles affirmait chez elle une absence complète de préoccupation mélancolique au sujet de son état physique.

Obs. XIII (Service de M. Febvré). — *Dégénérescence mentale. Délire mélancolique surajouté. Endométrite. Amélioration après opération.*

Mme V..., femme C..., âgée de quarante-deux ans, entre le 18 décembre 1897, dans le service du Dr Febvré, qui fait le certificat suivant : « Est atteinte de dégénérescence mentale avec délire mélancolique, idées de persécution et de suicide, hallucinations auditives, impulsions, obsessions. »

Antécédents personnels. — Cette malade a été réglée à dix-sept ans, régulièrement. Elle a eu deux enfants. Actuellement elle accuse des douleurs lombo-abdominales et des métrorragies. En janvier, son état mental subit une rémission. En avril, avec une exacerbation de l'état général, l'état mental redevient mauvais; par moments, la malade se livre à des accès de violence.

En août, l'examen gynécologique révèle un utérus mobile, bosselé sur sa face postérieure; rien aux annexes.

Le curettage, pratiqué dans le courant du mois, permet de constater que l'utérus est très dilaté et plein de fongosités.

La malade se montre très satisfaite de son amélioration physique. Mais le 24 septembre, son attitude, ses gestes prouvent qu'elle est encore sujette à quelques hallucinations. En octobre, la malade est très calme, très régulière dans ses actes, mais conserve quelques scrupules religieux, quelques hallucinations; mais ces illusions n'ont plus de caractère pénible et ne provoquent plus comme autrefois de l'irritabilité. Le 20 octobre, elle est réclamée par son mari; on la laisse sortir avec le certificat suivant :

Mme V... n'est pas guérie, elle a encore des scrupules, des hallucinations de l'ouïe, des mouvements de vivacité. Aussi j'estime que momentanément elle doit être mise à l'abri de toute contrariété et de toute inquiétude. Je conseille à son mari de ne pas faire immédiatement revenir ses enfants près d'elle. »

Obs. XIV (Service de M. le Dr Febvré). — *Paralysie générale. Délire surajouté. Endométrite cervicale. Rémission après opération.*

Mme H... entre dans le service du Dr Febvré avec le diagnostic de paralysie générale, le 22 octobre 1897.

On constate des troubles du langage, de l'inégalité pupillaire, des erreurs de mémoire, de l'inertie, du gâtisme.

Réglée à quinze ans, mariée à seize ans, un accouchement normal.

Le 23 mars 1898, elle se plaint d'aménorrhée datant de cinq mois, de leucorrhée et de douleurs abdominales. L'examen gynécologique révèle un utérus et ses annexes normaux; le col est un peu gros mais ulcéré sur ses deux lèvres. Le 29 juin, M. Picqué pratique l'amputation du col.

A la suite de l'opération, la malade se montre satisfaite de la disparition de ses pertes et des douleurs abdominales; en même temps, on constate une rémission au point de vue mental. L'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles existe toujours, mais la malade a conscience de ses actes, peut se conduire, se diriger, subvenir à ses besoins; toujours pas de conceptions délirantes, peut-être quelques idées de satisfaction.

Novembre 1895, quelques vols sont commis par la malade. La paralysie générale reprend sa marche progressive.

Obs. XV. (Service de M. Febvré). Résumé, Soc. méd. psychol., 1892). — *Débilité mentale. Délire polymorphe surajouté. Kyste et fibrome utérin. Amélioration après opération.*

La nommée C..., femme S.... âgée de trente-neuf ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 26 septembre 1890, après un séjour d'un an à l'asile de Villejuif et un mois de liberté dans sa famille. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels font presque tota lement défaut. Toutefois, des stigmates physiques de dégénérescence se remarquent : le visage est asymétrique, les oreilles sont mal ourlées, les lobules en sont déchiquetés comme chez certaines personnes scrofuleuses; dans l'ordre psychique, outre un délire polymorphe, on observe un certain degré de débilité mentale. De l'hérédité, nous ne savons qu'une chose, c'est que le père de la malade est mort d'une affection tuberculeuse.

Des habitudes alcooliques invétérées sont venues, par la suite, augmenter la prédisposition à l'aliénation mentale et se sont signalées par des bouffées de délire toxique avec accès maniaques et retentissement fâcheux sur l'organisme.

L'état mental, au moment de l'arrivée à l'asile, peut être ainsi caractérisé : délire alcoolique en voie d'atténuation, greffé sur un état d'infériorité intellectuelle et constitué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, de la sensibilité générale et viscérale, par la persistance de signes somatiques d'alcoolisme, tels que tremblement des lèvres et des mains, malaises gastriques, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs.

Les conceptions délirantes de persécution sont surtout très accusées; la malade prétend que Sainte-Anne (l'asile) la persécute, qu'on s'entend avec un Italien qu'elle a dans le ventre. Son mari est, dit-elle, tourné par les femmes, il la frappe.

Les hallucinations de l'ouïe sont des plus intenses : les voisins, surtout une femme qui demeurait au second, la suivaient par leurs voix; on

disait : « Montez-moi un revolver. » Carnot lui a dit que son cœur était pourri.

La croyance des influences occultes est chez elle absolue ; « elle a compris que la physique, que le commissaire de police était avec sa persécutrice ». Les illusions de la vue s'ajoutent à ces troubles multiples ; « elle a vu le Président de la République chez des marchands de vin, elle l'a reconnu d'après son portrait ». Des altérations de la personnalité surviennent ensuite : « quatre Italiens sont maintenant dans son ventre » ; elle entend leurs voix qu'elle qualifie les unes de *bonnes*, les autres de *mauvaises*; deux Italiens, ceux de droite, sont pour le mari, les deux de gauche sont pour elle. Ils lui agrandissent la bouche, ils lui changent la tête, ils lui ont mis une tête d'homme en dedans de la sienne ; elle n'a plus ses yeux. Ils voudraient tout lui changer ; ils substituent à ses organes de femme des organes d'homme. Parfois les hallucinations du sens génital deviennent encore plus manifestes ; elle prétend alors que les quatre Italiens la prennent de force, qu'ils la violent l'un après l'autre, qu'ils laissent des traces ignobles sur sa chemise, qu'elle sort de ces odieux attentats complètement exténuée. Les hallucinations de la sensibilité générale et de la vue ne sont pas moins évidentes : il y a toujours un Italien qui veille à ses côtés, elle sent ses mains sur ses épaules, sur son ventre, il lui montre une tête grimaçante pendant qu'elle mange.

Enfin les idées de grandeur apparaissent ; elle est connue de tout Paris. On l'avait électrisée en 1882 et Paris l'a su ; tous les journaux parlent d'elle.

Le délire s'est ainsi poursuivi jusqu'au mois de juillet, laissant entrevoir à bref délai un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, entrecoupé d'accès maniaques au moment des règles qui étaient signalées par des ménorragies redoutables, nécessitant l'emploi d'hémostatiques. L'examen des organes pelviens, tant par le toucher vaginal que par la palpation et la percussion abdominales, avait permis de reconnaître, depuis plusieurs mois déjà, la présence de deux tumeurs, dont l'une était à gauche, dans la région ovarienne, empiétant déjà sur la ligne médiane et le côté droit, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, tumeur peu mobile, fluctuante et offrant les apparences d'un kyste fortement enclavé dans le plancher pelvien, adhérent à l'utérus ; dont l'autre venait faire saillie à travers le col utérin, sous forme d'une masse blanchâtre, mamelonnée, presque exsangue, à bords circulaires, du volume d'une mandarine, s'étalant en dehors des lèvres du col et étranglée à sa base qui donnait naissance à un pédicule traversant le canal cervical.

En raison de l'état d'émaciation de la malade épuisée par des pertes périodiques d'une extrême abondance, une double intervention chirurgicale fut décidée et eut lieu le 5 juillet.

La première opération consista dans l'énucléation du corps fibreux.

La deuxième en l'ablation d'un kyste inclus dans le ligament large.

L'opération amena la disparition de toutes les perversions sensorielles de la sphère génitale.

La malade n'a plus d'Italiens dans le ventre, ni à droite ni à gauche; elle a repris ses attributs féminins, elle n'est plus l'objet de souillures infâmes, elle n'a plus personne à ses côtés pendant son sommeil, elle ne sent plus ancun contact; les illusions du goût ne se reproduisent plus.

Obs. XVI (Malade du service de M. le Dr Briand, à Villejuif). — *Délire de persécution. Fibrome utérin. Etat stationnaire après opération.*

T... (Célestine), trente-quatre ans, est entrée à l'asile de Villejuif le 10 février 1896.

Antécédents héréditaires. — Père et mère se portent bien. Sa sœur passe pour être un peu négligente (?)

Les autres membres de la famille jouissent d'une excellente santé. (Renseignements donnés par le médecin de la famille.)

Antécédents personnels. — Pas de renseignements sur son passé.

Nous savons seulement qu'elle était douce, bonne, raisonnable et travailleuse; aimait beaucoup sa famille, ses père et mère.

Histoire de la maladie. -- Le début de la maladie remonte à un an. A cette époque (1895), elle était éprise d'un jeune homme de son pays; elle lui écrivait souvent et lui demandait de l'épouser; elle est allée même plusieurs fois chez lui. La famille ne comprenait rien à ce dévergondage et a commencé à croire qu'elle avait l'esprit troublé. C'est à ce moment-là qu'on a remarqué que son ventre grossissait. Au début, sa sœur croyait qu'elle était enceinte.

Le Dr Régis (de Bordeaux), qui l'examine, constate l'existence d'une tumeur abdominale.

A la même époque, Mlle Célestine devient bizarre, son caractère change; elle, si douce et si bonne, ne veut plus voir personne de sa famille, surtout sa mère. Au moment de ses règles, devenait insupportable, énervée, et quelquefois avait des crises de larmes, des attaques hystériformes.

Elle avait de plus des idées de persécution, mais ses persécutions sont d'une nature érotique; le commissaire de police et d'autres individus viennent dans sa chambre toutes les nuits pour la violer.

A la fin de l'année (1895), elle devient amoureuse du commissaire de police; mais « honnête fille » comme elle était, elle voulait plutôt se marier; aussi écrivait-elle des lettres au commissaire et l'accusait de venir chez elle nuitamment. Le commissaire fait prévenir la famille. On l'interne une première fois à l'asile de Picon. La tumeur abdominale grossissait toujours. Le père la fait sortir au bout de deux mois; elle n'était pas du tout guérie, ni même améliorée. Elle avait toujours des idées de persécution et, de temps à autre, des hallucinations de l'ouïe : on lui parlait derrière les murs. Le Dr Régis avait conseillé à la famille de la faire opérer; mais elle ne voulait subir aucune opération.

Un beau jour, lasse de voir que le commissaire ne voulait pas l'épouser, elle vient à Paris pour faire des démarches afin de se faire épouser par force par lui. En arrivant à Paris, elle achète un revolver

pour le tuer s'il persiste dans son refus, et pour empêcher ses ennemis d'entrer dans sa chambre, où on la violait chaque nuit. Sa sœur vient à Paris pour la rejoindre et la faire opérer. Internement (1896).

État de la malade, au moment de l'internement. — C'est une femme de petite taille, maigre, brune. Légère asymétrie faciale. Cause très bien, très bonne mémoire. Très malicieuse et méfiante. Jamais de contradiction dans ses réponses. Elle nie avoir été à l'asile de Picon. Pourquoi l'a-t-on mise dans un asile? elle n'est pas folle. Dieu merci, elle a toute sa raison. C'est sa sœur qui est une vraie folle; c'est elle qu'on devrait interner! Si elle a acheté un revolver, c'était pour se défendre.

Février. — M. Picqué l'examine; elle ne se résigne que très difficilement à laisser faire un examen très superficiel. Diagnostic : fibrome de l'utérus. Mlle Célestine ne veut pas qu'on l'opère, elle n'a pas besoin d'opération, elle n'est pas malade; mais elle avoue qu'elle ne veut pas se faire opérer, parce qu'elle a peur de l'opération; l'on s'endort, nous dit-elle, mais l'on ne se réveille pas. « Je ne conteste pas l'adresse des médecins, mais il y en a tant qu'on opère et qui ne se réveillent pas. Et puis ma vie n'est pas en danger; au contraire, c'est parce que j'y tiens trop que je ne veux pas me faire opérer. »

Jusqu'au moment de l'opération, la malade n'a eu aucune hallucination. La sensibilité générale est normale.

4 mars 1896. — Opérée par le Dr Picqué, avec l'*autorisation écrite par la famille*. Fibrome de l'utérus pesant 2 kilogrammes. Suites très simples.

Elle se laisse faire ses pansements sans aucune difficulté. Maintenant qu'elle est opérée, elle a tout intérêt à se laisser faire.

Pendant tout le temps de sa convalescence, elle a été très douce, ne parlant plus de persécutions; souvent souriante, demandant si elle allait sortir. Elle lisait aussi quelquefois dans la journée.

Mais ce calme relatif est de courte durée.

A peine debout, elle devient de nouveau persécutée : sa sœur, qui l'a fait maintenir à l'asile, est commandée par un magistrat, lequel, pour faire plaisir à une de ses cousines, veut la faire passer pour folle.

Un jour, pendant qu'elle était encore à l'infirmerie, elle demande à la veilleuse de la réveiller si on vient la chercher pendant la nuit, et de ne pas la laisser dormir comme la veille pendant qu'on l'attendait.

Mai. — Elle commence à incriminer les infirmières, les insulte, et même, une fois, les frappe.

Toute la journée, elle reste inactive, sans lire ni travailler, écrit seulement quelques lettres à son père ou au magistrat. Passée au quartier des agitées.

Là, pour la première fois, nous dit-elle, depuis son entrée, elle a entendu, la nuit, la voix de son neveu qui lui disait. « Tante, je souffre beaucoup. » Depuis ce jour, tous les matins, elle nous dit avoir entendu la voix de telle ou telle personne de sa famille.

Au mois de juin, aux hallucinations de l'ouïe, s'ajoutent les hallucinations de la vue et de la sensibilité générale : elle a vu ce matin à cinq heures M. le Docteur qui se promenait mélancoliquement dans

les corridors. Elle a vu aussi M. le Directeur et d'autres personnes. On cherche à l'empoisonner; elle refuse de manger, mais n'insiste pas longtemps; et deux jours après, elle prend les aliments qu'on lui donne.

12 *juillet.* — Très agitée, elle a cassé des carreaux.

19 *juillet.* — Certificat pour transfèrement.

« Dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, et prédominance d'idées de persécution. » Tendances ambitieuses. Peut être transférée.

Obs. XVII (Maison de santé, M. Kéraval). — *Vésanie hystérique. Fibrome utérin. Etat stationnaire après opération.*

Mme M... (Pauline), femme D..., trente-neuf ans. La malade a fait son premier séjour à l'asile du 27 mars 1889 au 26 juin 1889. Elle rentre dans le service de M. Kéraval (Maison de santé de Ville-Evrard) le 1er juin 1890.

Dans le certificat médical d'entrée, le médecin déclare qu'en 1882, la malade a présenté une mélancolie consécutive à l'allaitement (délire d'épuisement des Allemands). Durée : six mois. Guérison spontanée.

Depuis cette époque, la malade a eu, à plusieurs reprises, quelques troubles cérébraux analogues aux précédents et coïncidant toujours avec son état de santé précaire (névralgie précordiale, courbature générale, dépression presque absolue des forces).

Les désordres cérébraux ont été toujours en augmentant, se compliquant de crises nerveuses qui ont nécessité son internement, d'autant plus que des idées de suicide s'étaient manifestées à diverses reprises et qu'il devenait urgent de mettre cette malade dans l'impossibilité d'attenter à ses jours. Il est de nouveau nécessaire de l'interner.

Certificat de vingt-quatre heures du Dr Febvré : excitation intellectuelle, hallucinations et illusions multiples. Altération des sentiments affectifs. Troubles névropathiques variés. Paraît présenter la plupart des symptômes de la folie circulaire.

Certificat de quinzaine du Dr Febvré : excitation avec impulsions, menaces, désordres dans les actes. Altération très profonde des sentiments.

27 *mars* 1889. — Loquacité maladive, discours à perte de vue sur sa situation antérieure, qui ne sont que le reflet d'anciennes hallucinations ou illusions.

L'affection mentale, comme dans certaines formes circulaires d'aliénation, est caractérisée par un certain degré d'altération des sentiments affectifs et se complique de troubles multiples de nature hystérique. Constipation opiniâtre.

5 *avril* 1889. — La malade paraît calme.

12 *avril* 1889. — Pertes utérines très abondantes. Fibrome utérin.

16 *avril* 1889. — Faiblesse générale. Pâleur. Petitesse du pouls, occasionnée par les métrorragies, qui persistent malgré le tamponnement, à cause de son état d'excitation.

18 *avril* 1889. — Amélioration physique et mentale. Puis l'agitation reprend et les pertes reparaissent, quoique moindres.

26 *avril* 1889. — Santé physique excellente. L'agitation diminue.

6 *mai* 1889. — La malade est calme; actes réguliers et raisonnables; l'altération des sentiments affectifs persiste. Ventre souple et indolore. Constipation moins opiniâtre. Sommeil naturel. La faiblesse a disparu.

10 *mai*. — Règles régulières et santé physique bonne.

17 *mai*. — La malade continue à bien aller et la menstruation est normale.

24 *mai*. — Santé physique et mentale parfaites.

14 *juin*. — Guérison. La malade désire vivement sortir et surtout, dit-elle, trouver au dehors des conditions plus favorables à sa parfaite santé, afin de ne pas *retomber malade* (textuel). Si ce malheur lui arrivait (c'est toujours elle qui parle), elle reviendrait avec plaisir se faire soigner à Ville-Évrard.

Sortie guérie le 26 juin 1889.

Second séjour à l'asile, du 1er juin 1890 au 31 juillet 1892.

Rentrée le 1er juin 1890. Cette fois, manifestation des plus nettes de l'hystérie convulsive avec troubles intellectuels caractéristiques, exagération d'actes et de propos, exaltation, excitation, allures emphatiques (certificat Kéraval). — Certificat de quinzaine (Kéraval), même état.

Plaques d'anesthésie disséminées à droite. Analgésie complète à gauche. Fibrome utérin. Pas d'autres anomalies physiques. Conservation du sens chromatique et du champ visuel.

3 *juin*. — Très grande excitation. Propos et gestes exagérés, emphatiques; menaces d'une grande attaque. Santé physique bonne.

6 *juin*. — Mobilité incohérente de l'humeur; a besoin de faire beaucoup de bruit; écrit sans cesse; factums incohérents; idées exagérées.

10 *juin*. — L'excitation hystérique est toujours très grande. Santé physique parfaite. 13 *juin*. — Menstruation régulière. 20 *juin*. — Altération passionnelle propre aux hystériques.

27 *juin*. — Grimaces, pétulance emphatique; gestes et allures désordonnés; violences. 8 *juillet*. — Délire semi-conscient produit par des conceptions bizarres. 11 *juillet*. — Atténuation. 1er *août*. — Toujours agitée, quoique à un moindre degré depuis ses règles. 17 *août*. — Toujours très excitée et excitation offrant toujours les mêmes caractères. Flux menstruel très irrégulier; il y a quinze jours, apparition passagère; depuis trois jours, réapparition assez accentuée.

2 *septembre*. — Sensiblerie, demande à voir les siens en pleurant.

16 *septembre*. — Atténuation de l'excitation; règles assez abondantes pendant trois jours, mais santé générale bonne.

19 *septembre*. — Paraît aller mieux; cause raisonnablement, puis, brusquement, désordre des actes, exagération des propos, turbulence, singeries, malpropretés paradoxales.

24 *novembre*. — La malade paraît revenir à la normale.

En résumé, l'histoire de cette malade est caractérisée par des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Commémoratifs ne présentant aucune tare héréditaire.

Note de M. Picqué.

M. Auguste Voisin est appelé en consultation. Il conseille l'ablation des ovaires. Appelé moi-même à formuler un avis, je me refuse à l'ablation d'organes que je considère comme sains; mais, ayant constaté l'existence très nette d'un fibrome utérin de moyen volume, j'accepte de remplir l'indication chirurgicale, et je propose l'opération de Battey, qui est agréée par le mari. Peu après l'intervention, que je pratiquai en juin 1891, les règles se régularisent et les pertes sanguines cessent complètement.

La malade sort guérie mentalement du service de M. Kéraval le 31 juillet 1891. Mais la guérison n'est que de courte durée (dix mois environ) et la malade rentre à l'asile dans le même état qu'auparavant. Elle est aujourd'hui en démence complète dans le service de M. Febvré (1899).

Relevé statistique des opérations pratiquées dans le Service de Gynécologie de l'hôpital Broca (Annexe Pascal) durant les neuf dernières années (1890-1899),

par M. S. POZZI.

Il y a grand intérêt à publier les statistiques intégrales des services hospitaliers. Je donne ici le résultat de ma pratique à l'hôpital Broca durant une période assez longue (1890-1899). Mon service, complètement rebâti depuis six mois, était, pendant la période antérieure, établi dans les conditions hygiéniques les plus défectueuses. Des baraques en bois, mal jointes, mal fondées, difficiles à chauffer et à nettoyer, lui constituaient un *abri provisoire* qui a duré près de seize ans. Une salle d'opération, insuffisante au point de vue aseptique, avait été édifiée en novembre 1889 et a subsisté jusqu'à l'année dernière. Il faut tenir compte assurément de ces conditions défectueuses. Cependant les résultats obtenus montrent qu'on peut les neutraliser jusqu'à un certain point par des précautions méticuleuses pendant l'opération, par l'asepsie et l'antisepsie primitives. Actuellement, le nouveau service de gynécologie de l'hôpital Broca n'offre presque rien à désirer au point de vue hygiénique. L'avenir montrera si les résultats statistiques se ressentiront de cette amélioration.

J'ai divisé le présent travail en quatre chapitres.

Dans le chapitre Ier, je rappelle la statistique (antérieurement publiée) portant sur deux années (1890 et 1891).

Le chapitre II contient la statistique (inédite) des opérations faites dans mon service pendant les sept dernières années (1892 à 1899).

Il est divisé en trois paragraphes :

§ 1. Statistique personnelle.

§ 2. Statistique des opérations pratiquées dans mon service par mes remplaçants.

§ 3. Relevé global des opérations pratiquées à l'hôpital Broca dans mon service durant cette période.

Le chapitre III comprend ma statistique personnelle à l'hôpital pendant les neuf dernières années (1890-1899).

Le chapitre IV, enfin, relate la statistique globale des opérations pratiquées dans mon service durant neuf ans (1890-1899), tant par le chef de service que par ses remplaçants.

CHAPITRE I

RELEVÉ STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A L'HOPITAL BROCA (ANNEXE PASCAL) DANS LE SERVICE DE M. S. POZZI, PENDANT LES ANNÉES SCOLAIRES 1890 ET 1891 (1).

(Rappel d'une statistique antérieurement publiée) (2).

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Laparotomies.

I. — *Ablation des annexes pour fibromes utérins* : 7 opérations, 7 guérisons.

II. — *Ablation des annexes pour salpingite parenchymateuse* (dont une avec un kyste de la grosseur d'une orange inclus dans le ligament large), 24 opérations, 24 guérisons.

Une de ces malades a subi en outre une hystéropexie.

III. — *Ablation des annexes pour salpingite tuberculeuse non suppurée* : 2 opérations, 2 guérisons.

(Pour une de ces malades, les annexes du côté gauche ont d'abord été enlevées par M. Picqué. Les annexes du côté droit, excessivement adhérentes, ont été enlevées par M. Pozzi en mars 1892).

IV. — *Ablation des annexes pour hydrosalpinx* : 5 opérations, 5 guérisons.

V. — *Ablation des annexes pour hématosalpinx* :

a) Sans grossesse tubaire : 4 opérations, 4 guérisons.

(Parmi ces opérations, se trouvait un cas d'hématosalpinx double chez

(1) Ces opérations comprennent la totalité des opérations pratiquées dans le service, tant par moi que par mon collègue et ami, le Dr Picqué, qui m'a remplacé pendant quelques semaines de congé.

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1892, t. XVIII, p. 307-312.

une jeune fille de seize ans présentant une atrophie de l'utérus, qui n'était pas plus gros qu'un dé à coudre.)

b) Avec une grossesse extra-utérine au-dessous du cinquième mois et apoplexie de l'œuf : 4 opérations, 3 guérisons, 1 mort.

Dans un de ces cas, il y avait une ovarite suppurée et dans trois autres cas une hématocèle pelvienne consécutive.

VI. — *Laparotomie pour une hématocèle rétro-utérine volumineuse d'origine douteuse :* 1 opération, 1 guérison.

VII. — *Ablation des annexes pour pyosalpinx avec ou sans périmétrosalpingite suppurée :* 54 opérations, 4 morts, 50 guérisons.

Toutes ces malades sont complètement guéries, à l'exception de deux. L'une, qui était albuminurique, avait dû subir quinze jours après une deuxième laparotomie pour un abcès sous-hépatique dû à une épiploïte suppurée. — La plaie de la première laparotomie étant restée fistuleuse, ce qui fut attribué à l'infection d'un fil, une troisième laparotomie fut faite dix mois après pour retirer cette cause d'infection; la dissection du trajet amena la blessure de l'intestin auquel il adhérait, et une fistule stercorale se produisit; la malade succomba plus d'un an après aux progrès de l'albuminurie.

L'autre malade, qui n'a pu être complètement guérie à la suite d'une laparotomie, présentait une périmétrosalpingite suppurée englobant tout le petit bassin. Pendant l'opération, la vessie fut ouverte et il persista une fistule urinaire sus-pubienne. Cette malade a subi consécutivement une hystérectomie vaginale et l'établissement d'une fistule vésico-vaginale artificielle sans qu'on ait pu encore obtenir l'oblitération de la fistule sus-pubienne.

Une de ces malades (opérées par M. Picqué) avait conservé une fistule stercorale pendant six mois. Elle a été ensuite opérée et guérie de sa fistule par une deuxième laparotomie (février, Pozzi).

VIII. — *Ablation des annexes pour ovarite scléreuse et polykystique* : 22 opérations, 22 guérisons.

Parmi ces opérations, trois fois la castration a été unilatérale, et deux fois on a fait, outre l'ablation unilatérale, la résection partielle de l'ovaire de l'autre côté et la fixation de la trompe sur le moignon; ces deux malades ont été revues plus d'un an après, ne souffrant pas et bien réglées.

IX. — *Ovariotomies pour grands kystes prolifères de l'ovaire*:

a) Kystes prolifères glandulaires : 12 opérations, 11 guérisons, 1 mort.

b) Kystes prolifères papillaires : 1 opération, 1 guérison.

c) Kystes inclus dans le ligament large : 5 opérations, 4 guérisons, 1 mort.

Parmi eux, deux étaient hyalins et trois étaient suppurés. Parmi ces derniers, l'un coexistait avec une ovarite suppurée et l'autre avec une hématométrie enflammée.

d) Kystes dermoïdes : 3 opérations, 3 guérisons ; un d'eux était suppuré.

e) Ovariotomie pour tumeurs malignes de l'ovaire : 2 opérations, 2 guérisons.

Dans l'un de ces cas, il y avait en même temps des tumeurs fibreuses qui ont été énucléées; une partie de l'intestin ayant dû être sculptée dans la tumeur maligne, il a persisté pendant quelque temps une fistule stercorale qui s'est spontanément oblitérée. La malade, dont la guérison opératoire avait été complète, a succombé trois mois après à une récidive galopante. La deuxième opérée est restée complètement guérie pendant cinq mois, puis a succombé à une récidive à marche rapide.

X. — *Ablation des annexes pour salpingite catarrhale et petit kyste de l'aileron de la trompe* : 1 opération, 1 guérison.

XI. — *Ablation des annexes pour salpingite aiguë compliquée de pelvipéritonite aiguë* : 1 opération, 1 guérison. (Cette malade a été opérée en pleine poussée péritonitique. — On a détruit les adhérences intestinales et lavé le péritoine.)

XII. — *Laparotomies exploratrices* : 4 opérations, 4 guérisons.

Une de ces opérations a été faite pour des douleurs abdominales intenses, chez une femme obèse présentant dans les culs-de-sac vaginaux des tumeurs élastiques ayant fait penser à une salpingite kystique ; l'incision permit de se rendre compte qu'il s'agissait d'une énorme surcharge graisseuse donnant la sensation du lipome (Voir *Revue de Chirurgie*, août 1891).

Une deuxième incision exploratrice a été faite pour se rendre compte d'une énorme tumeur de l'ovaire avec ascite; on rencontra de la métastase péritonéale qui empêcha d'intervenir, on se contenta de drainer le péritoine. L'ascite demeura guérie pendant très longtemps, et l'état général était très amélioré quand la malade quitta l'hôpital.

Une troisième laparotomie exploratrice a trait à une malade présentant tous les phénomènes d'un kyste de l'ovaire uniformément fluctuant, avec col long et dur, et aucun signe de grossesse autre qu'une aménorrhée persistant depuis huit mois. Une incision de 5 centimètres permit d'établir le diagnostic de tumeur utérine suspecte. Des signes évidents de grossesse se sont montrés depuis, et la malade a accouché normalement.

Une quatrième incision exploratrice, faite chez une femme présentant des ovaires très douloureux à la pression, ayant démontré l'intégrité des annexes, n'a été suivie d'aucune extirpation. Réunion par première intention de la cicatrice de 5 centimètres.

XIII. — *Hystérectomies abdominales supra-vaginales* : 16 opérations, 14 guérisons, 2 morts.

Sur ce nombre, 14 ont été traitées avec pédicule externe : une seule mort ; une opération, avec pédicule interne, a été suivie de mort; une,

avec pédicule intra-pariétal : guérison. Une malade guérie opératoirement a succombé deux mois après à des accidents complexes (embolie cérébrale).

XIV. — *Myomotomie.*

a) Enucléation d'un fibrome interstitiel dont la capsule est fixée à la paroi : 1 opération, 1 guérison.

b) Enucléation de plusieurs volumineux fibromes intraligamentaires : 1 opération, 1 mort.

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES PAR LES VOIES NATURELLES

XV. — *Hystérectomies vaginales pour épithélioma* : 13 opérations, 10 guérisons, 3 morts.

XVI. — *Hystérectomie vaginale pour fibro-sarcome utérin* : 1 opération, 1 guérison.

XVII. — *Hystérectomies vaginales pour suppuration pelvienne :* 8 opérations, 8 guérisons.

L'une de ces malades avait conservé une fistule urétéro-vaginale consécutive à l'opération, qui a été guérie ultérieurement par la néphrectomie; chez une autre, il existait en même temps des corps fibreux.

XVIII. — *Hystérectomie vaginale pour lésions bilatérales des annexes et rétroversion adhérente de l'utérus :* 1 opération, 1 guérison.

XIX. — *Hystérectomie vaginale pour métrite hémorragique* chez une malade ayant subi l'ablation des annexes pour pyosalpinx : 1 opération, 1 guérison.

(Cette malade se soumettait à des causes incessantes de réinfection).

XX. — *Hystérectomie vaginale pour tuberculose de l'utérus et des annexes :* 1 opération, 1 guérison.

XXI. — *Hystérectomie vaginale pour atrésie du col utérin :* 1 opération, 1 guérison.

(Cette malade avait été traitée ailleurs par les cautérisations au chlorure de zinc et la perméabilité du col ne pouvait être maintenue que par une tige d'aluminium causant des douleurs intolérables.)

XXII. — *Hystérectomie vaginale pour corps fibreux* : 2 ont été opérés par morcellement : 4 opérations, 4 guérisons.

XXIII. — *Hystérectomie vaginale pour prolapsus génital complet :* 1 opération, 1 guérison.

XXIV. — *Extirpation de corps fibreux intra-utérins sessiles*, par morcellement et énucléation : 4 opérations, 4 guérisons.

XXV. — *Ablation de polypes fibreux utérins :* 1 opération, 1 guérison.

XXVI. — *Ouvertures d'abcès profonds par incision abdominale :* 6 opérations, 6 guérisons.

XXVII. — *Opération d'Alexander :* 17 opérations, 17 guérisons.

XXVIII. — *Fistule vésico-vaginale :* 1 opération, 1 guérison.

XXIX. — *Ablation d'épithélioma de la vulve et du vagin :* 2 opérations, 2 guérisons.

XXX. — *Colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie :* 16 opérations, 16 guérisons.

XXXI. — *Périnéorraphie pour rupture complète*, comprenant la cloison : 1 opération, 1 guérison.

XXXII. — *Opération d'Emmet :* 5 opérations, 5 guérisons.

XXXIII. — *Amputation du col pour métrite :* 35 opérations, 35 guérisons.

XXXIV. — *Curettage pour infection puerpérale :* 3 opérations, 3 guérisons.

XXXV. — *Curettages pour métrite* : 134 opérations, 133 guérisons, 1 mort.

(Cette malade, qui a succombé huit jours après l'opération à des accidents péritonéaux, avait en même temps des lésions des annexes que l'autopsie a démontré être du pyosalpinx. Ce fait, jusqu'ici unique dans ma pratique, est bien fait pour démontrer que le traitement indirect des lésions des annexes n'est pas dépourvu de dangers.)

XXXVI. — *Curages avec cautérisations opérées pour épithélioma :* 10 opérations, 10 guérisons.

XXXVII. — *Opérations diverses :* polype de l'urètre, 2 ; extirpation de kyste du vagin, 1 ; dilatation du vagin et extirpation des caroncules, 2 ; ablation de végétations, 1 ; ablation de la glande de Bartholin, 2. Total : 8 opérations, 8 guérisons.

XXXVIII. — *Opération de fistule ano-vulvaire* congénitale : 1 opération, 1 guérison.

XXXIX. — *Colpocléisis :* 1 opération, 1 guérison, mais avec résultat opératoire nul.

OPÉRATIONS DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

XL. — *Splénectomie :* 1 opération, 1 mort.

XLI. — *Néphrectomie transpéritonéale pour rein polykystique ectopié :* 1 opération, 1 guérison.

XLII. — *Néphrectomies lombaires pour fistules urétéro-vaginales* : 2 opérations, 2 guérisons.

XLIII. — *Laparotomie pour kyste hydatique du foie*, avec marsupialisation consécutive du kyste ; dans un de ces cas, on a fait une incision du tissu hépatique pour un kyste profond : 2 opérations, 2 guérisons.

XLIV. — *Taille hypogastrique:* 1 opération, 1 guérison.

XLV. — *Néphropexie:* 1 opération, 1 guérison (Picqué).

XLVI. — *Amputation du sein, bilatérale:* 1 opération, 1 guérison.

XLVII. — *Amputation du bras pour gangrène:* 1 opération, 1 guérison.

XLVIII. — *Opérations diverses:* fistule anale, 1 ; extirpation d'un hygroma prérotulien, 1 ; 2 opérations, 2 guérisons.

N. B. — Sur le total général, M. Picqué a fait 15 grandes opérations (laparotomie, néphropexie, etc., avec 2 morts, dont 1 pour kyste de l'ovaire et 1 pour abcès pelvien non énucléable, qui a succombé sous le chloroforme : nous n'avons pas cru devoir faire figurer ce fait parmi les morts opératoires).

RÉCAPITULATION DES SÉRIES DE GRANDES OPÉRATIONS

Total des opérations gynécologiques	458
Total des morts.	16
Pourcentage des morts	3,49
Total des laparotomies de tous genres	175
Morts	10
Pourcentage	5,71
Total des laparotomies pour lésions inflammatoires non suppurées des annexes	64
Mort	0
Pourcentage	0
Total des laparotomies pour lésions suppurées des annexes	54
Morts	4
Pourcentage	7,407
Total des hystérectomies et myomotomies abdominales	18
Morts	3
Pourcentage	16,66
Total des hystérectomies vaginales pour causes diverses (épithélioma, corps fibreux, altération des annexes, prolapsus)	31
Morts	4
Pourcentage	12,90

CHAPITRE II

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LE SERVICE DE M. S. POZZI, A L'HOPITAL BROCA, DEPUIS LE 1er FÉVRIER 1892 JUSQU'AU 1er MARS 1899.

§ 1. STATISTIQUE PERSONNELLE DE M. POZZI

1. Laparotomies.

I. — *Ablation des annexes pour fibromes utérins* (opérations de Battey) : 3 opérations, 3 guérisons.

(Une de ces malade a subi en même temps une hystéropexie.)

II. — *Ablation des annexes pour salpingite parenchymateuse :* 70 opérations, 69 guérisons.

Chez six de ces malades, on a fait suivre l'ablation d'une hystéropexie ; dans un cas, on a enlevé un kyste du ligament rond. Au cours de ces opérations, on a procédé une fois à une cure radicale d'éventration et une fois à une cure radicale de hernie inguinale épiploïque. L'adhérence de l'appendice aux annexes droites a été constatée deux fois ; dans un cas, il a été réséqué. L'adhérence à l'S iliaque a nécessité une fois la dissection de l'intestin sur une assez grande étendue. Une de ces malades présentait, au moment de l'opération, une pelvipéritonite aiguë greffée sur les anciennes lésions (drainage à la Mikulicz), la malade a guéri parfaitement. Signalons enfin une ablation double chez une malade qui avait subi antérieurement une hystéropexie simple.

III. — *Ablation pour salpingite tuberculeuse :* 3 opérations, 2 guérisons.

(La mort a été occasionnée par les progrès d'une péritonite aiguë constatée au moment de l'intervention.)

IV. — *Ablation des annexes pour hydrosalpinx :* 12 opérations, 12 guérisons.

Parmi ces opérations, signalons une hystéropexie complémentaire, l'ablation d'un hydrosalpinx exceptionnellement volumineux qui avait fait croire à un gros kyste de l'ovaire, et une énucléation d'un fibrome sous-péritonéal.

V. — *Ablation pour hématosalpinx.*

a) Sans grossesse tubaire démontrée : 3 opérations, 3 guérisons.

L'hystéropexie a été pratiquée une fois. Un cas était compliqué d'hématocèle par atrésie cicatricielle du col ; un autre présentait un volumineux kyste hématique de l'ovaire.

b) Avec grossesse extra-utérine avant le cinquième mois et apoplexie de l'œuf : 5 opérations, 5 guérisons.

Deux malades présentaient en même temps, l'une un kyste dermoïde, l'autre un corps fibreux qui ont été enlevés. On a pratiqué quatre fois la conservation unilatérale des annexes avec résection ou ignipuncture de l'ovaire. On a trouvé une fois un fœtus de 17 millimètres dans un œuf apoplectique, mais non rompu.

VI. — *Ablation des annexes pour pyosalpinx avec ou sans périmétrite suppurée :* 70 opérations, 65 guérisons.

Nous relevons dans ces observations les particularités ou les complications suivantes : un gros abcès de l'ovaire, un pyohématosalpinx, une résection de l'appendice malade adhérent, ainsi que le cæcum, au pyosalpinx du côté droit, une hystéropexie pour rétroflexion, une fistule stercorale consécutive qui a guéri spontanément. Dans cinq cas, les adhérences intestinales étaient particulièrement intenses et ont donné lieu, une fois à une blessure de l'intestin qui a été suturé sans accident, et deux fois à une dissection laborieuse de l'intestin sur une grande étendue. Chez une malade, l'appendice était fusionné avec le pyosalpinx et englobé dans un abcès périsalpingien (dont le pus ensemencé a décelé la présence du coli-baccille). Cette malade a succombé à une péritonite purulente. Une autre de ces malades avait subi antérieurement une ablation unilatérale pour pyosalpinx; enfin l'ablation des annexes suppurées a été pratiquée dans un cas, chez une malade qui avait subi déjà une hystérectomie vaginale.

VII. — *Ablation double des annexes pour ovarite scléreuse et polykystique* : 37 opérations, 37 guérisons.

L'hystéropexie abdominale a été pratiquée une fois; chez une malade la trompe présentait de petites végétations verruqueuses, de nature dermoïde, ainsi qu'en témoignait la présence de poils et de bulbes pileux qui ont été relevés à l'examen microscopique. L'ablation des annexes scléro-kystiques a été faite trois fois pour des malades qui avaient subi antérieurement une opération conservatrice, et a été nécessitée par la persistance des douleurs. Une de ces malades, dont les annexes d'un côté avaient été enlevées, a été opérée au deuxième mois de la grossesse; celle-ci n'a point été interrompue et la malade a accouché normalement à terme.

VIII. — *Ablation partielle et ignipuncture des annexes pour ovaires scléro-kystiques* (ablation unilatérale, résection, ignipuncture) : 70 opérations, 70 guérisons.

Sur ce nombre, on a fait la conservation bilatérale des annexes dans 20 cas; tandis que l'ablation unilatérale a été pratiquée 50 fois. La résection partielle de l'ovaire a été combinée à l'ignipuncture dans 32 cas. Chez les autres opérées, on n'a pratiqué que l'ignipuncture. Les points d'ignipuncture ont varié entre 2 et 12.

Dix-huit opérées sont devenues enceintes et ont accouché normalement; parmi elles une malade a eu trois grossesses et une autre deux.

IX. — *Ablation des annexes chez un pseudo-hermaphrodite androgynoïde* : 1 opération, 1 guérison (1).

X. — *Ovariotomies pour grands kystes de l'ovaire* :

a) Kystes prolifères glandulaires : 24 opérations, 22 guérisons.

La torsion du pédicule a été observée cinq fois, avec sphacèle étendu de la poche dans un cas. Un de ces kystes était énorme et contenait 26 litres de liquide, et la poche seule pesait 3 kilos. On a pu conserver les annexes du côté opposé au kyste dans trois cas en faisant la résection partielle de ces ovaires. Chez une malade, la torsion du pédicule était compliquée encore par la présence d'un gros fibrome du ligament large qui a été énucléé. On a observé enfin un volumineux kyste tubo-ovarien inclus dans le ligament large.

b) Kystes prolifères papillaires : 16 opérations, 15 guérisons.

Chez une de ces malades, le kyste était colloïde et était rompu dans le péritoine avant l'opération; la malade succomba un mois plus tard aux progrès de la cachexie, déjà très prononcée au moment de l'intervention. Une autre malade avait été opérée neuf ans auparavant, à la Pitié, par M. Polaillon; la récidive tardive s'était faite au niveau de l'ovaire gauche et le long d'un trajet fistuleux que la malade conservait depuis sa première intervention. Une malade a subi, en l'espace d'un an et demi, cinq laparotomies pour des récidives successives, se localisant sur le péritoine pariétal et les anses intestinales, la région des annexes restant indemne; les productions papillaires étaient de plus en plus minimes, tandis que l'ascite se reproduisait très rapidement; cette malade a fini par succomber à une généralisation cancéreuse.

Dans un autre cas, la récidive, qui a eu lieu neuf ans après la première intervention, était compliquée de suppuration à laquelle la malade a succombé.

c) Kystes du ligament large : 11 opérations, 11 guérisons.

Un de ces kystes était hématique et l'ovaire du côté opposé présentait également un gros kyste hématique; un autre, très volumineux, pesait 3 kilos.

La décortication sous-péritonéale d'un large kyste intra-ligamentaire a donné lieu à une rupture de l'uretère gauche; cet accident a nécessité une urétéro-néo-cystostomie immédiate suivie de guérison.

d) Kystes dermoïdes de l'ovaire : 5 opérations, 4 guérisons.

Une de ces malades avait subi antérieurement une hystérectomie vaginale pour double lésion des annexes. Le cas de mort a été occasionné par la complication d'une infection de la tumeur due à un pyosalpinx avec épiploïte adhérente suppurée.

e) Tumeurs malignes de l'ovaire : 8 opérations, 6 guérisons.

Parmi ces tumeurs, nous relevons : deux carcinomes, un endothéliome, deux fibro-sarcomes de l'ovaire.

(1) Communication à l'Acad. de médecine, 28 juillet 1896 (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 1896, t. XXXVI, p. 132).

XI. — *Ablation des annexes pour ovarite et salpingite aiguës :* 2 opérations, 2 guérisons.

XII. — *Laparotomies exploratrices :* 13 opérations, 10 guérisons.

Nous signalerons les laparotomies exploratrices suivantes :

4 pour péritonite tuberculeuse suivies de drainage.

2 pour des tumeurs malignes ayant envahi le péritoine.

1 pour des accidents péritonitiques chez une ancienne hystérectomie vaginale ; à l'ouverture de l'abdomen on ne constate aucune trace de péritonite, néanmoins la malade fut d'abord soulagée, puis guérie parfaitement.

1 pour salpingo-ovarite avec périmétrosalpingite ; l'utérus, volumineux et mou, fit penser à la probabilité d'une grossesse et on referma le ventre ; pas de suite.

XII. — *Hystérectomies abdominales.*

a) Supra-vaginales : 12 opérations, 10 guérisons.

Sur ce nombre, une a été traitée par le pédicule interne ; une a succombé après avoir subi une néphrotomie quarante-huit heures après l'opération pour anurie. On a fait en même temps, dans un autre cas, la cure radicale d'une hernie ombilicale.

b) Totales : 30 opérations, 19 guérisons.

Dans un cas, une salpingite suppurée double, qui compliquait le fibrome utérin, a causé la mort par infection.

L'énucléation d'un large fibrome intraligamentaire a donné lieu à une hémorragie grave qui n'a pu être arrêtée que par la forcipressure : on a dû laisser une pince dans la plaie pendant vingt-quatre heures ; guérison. Un pyosalpinx gauche existait dans un cas ; dans un autre, une salpingite parenchymateuse ; adhérences étendues des fibromes multilobulés et volumineux dans ces derniers cas.

c) Myomotomies abdominales : 6 opérations, 5 guérisons.

Une énucléation a occasionné la mort par septicémie ; la castration concomitante a été pratiquée dans un cas ; dans un autre, le fibrome très volumineux (5 kilos) avait décollé presque tout le péritoine pelvien.

d) Hystérectomies abdominales totales pour lésion des annexes avec altération de l'utérus : 4 opérations, 4 guérisons.

e) Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin : 1 opération, 1 mort.

XIII. — *Laparotomie complémentaire pour lésion des annexes, après hystérectomie vaginale antérieure :* 7 opérations, 7 guérisons.

Parmi ces opérations, nous signalerons : l'ablation d'un kyste compliqué de pelvi-péritonite suppurée et au cours de laquelle on a fait la cure radicale d'une fistule stercorale consécutive à l'hystérectomie vaginale : guérison presque complète de la fistule. Dans un autre cas, l'ablation d'un pyosalpinx développé après une première opération

d'hystérectomie vaginale pour suppuration a amené la rupture circulaire du rectum. La suture des deux bouts a été suivie, d'un succès partiel, d'abord, puis complet à la suite d'une nouvelle intervention complémentaire. Dans un autre cas, la laparotomie complémentaire à une hystérectomie vaginale pour cancer utérin a été faite le lendemain de l'hystérectomie pour enlever les débris d'un kyste de l'ovaire infecté qui donnait lieu à des accidents graves : guérison. Une autre fois, on a procédé à l'ablation d'un hydrosalpinx. Deux autres malades ont subi cette opération pour des adhérences épiploïques.

XIV. — *Laparotomies itératives pour lésion des annexes* déjà traitées par la laparotomie avec extirpation double, ablation incomplète ou résection et ignipuncture : 6 opérations, 6 guérisons.

XV. — *Laparotomies pour cure radicale d'éventrations* : 19 opérations, 19 guérisons.

Une de ces éventrations était particulièrement volumineuse et a donné lieu à trois interventions successives. Dans un cas, la suture abdominale a cédé le troisième jour après l'opération ; la rupture ainsi produite a laissé échapper les anses intestinales : celles-ci ont pu être réduites dans l'abdomen et la malade a guéri sans autre accident.

XVI. — *Laparotomies pour cure radicale de fistules abdominales.*

a) Fistules purulentes : 11 opérations, 11 guérisons.

Ces opérations ont donné lieu soit au curage et à la cautérisation du trajet, soit à sa dissection après laparotomie avec destruction des adhérences pour la plupart intestinales ; dans cinq cas, on a enlevé des fils de soie qui avaient servi à la ligature des pédicules, et dont l'infection était une cause de persistance de la fistule ; une fois, l'ablation d'une suture en chaîne a été compliquée par une blessure de l'intestin suivie d'entérorrhaphie. La fistule résultait, dans un cas, d'une hystéropexie simple.

b) Fistules stercorales : 4 opérations, 4 guérisons.

Dans trois cas, après laparotomie et dissection du trajet fistuleux, et après libération de l'intestin fistuleux, on a procédé à la suture de cet organe ; la suture a porté une fois sur le rectum pour oblitérer une fistulette, reliquat d'une suture circulaire : guérison.

c) Fistules vésico-abdominales : 1 opération, 1 guérison.

2. Hystérectomies vaginales.

XVII. — *Hystérectomie vaginale pour épithélioma utérin* : 17 opérations, 14 guérisons.

Dans un cas, il s'agissait, d'un gros cancer végétant de l'utérus, compliqué d'un kyste adhérent et faisant corps avec cet organe, ce qui avait fait croire un moment à la coexistence d'une grossesse ; le kyste infecté ne put être enlevé en totalité par l'hystérectomie et on dut pratiquer le lendemain une laparotomie complémentaire ; guérison. Un double hydrosalpinx volumineux a été également enlevé dans un cas.

XVIII. — *Hystérectomie vaginale pour fibro-sarcome* : 1 opération, 1 guérison.

XIX. — *Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne* : 50 opérations, 43 guérisons.

Nous signalerons les particularités suivantes rencontrées au cours de ces interventions : un cas de grand kyste du ligament large ; deux cas de kystes ovariens adhérents suppurés ou hématiques ; on a noté, une fois, l'ouverture spontanée de l'abcès pelvien dans le vagin ; une fois, la communication avec le rectum qui a donné lieu à une fistule recto-vaginale, laquelle a guéri spontanément ; une fois, l'hystérectomie vaginale a été faite à la suite d'une laparotomie sous-péritonéale, et une autre fois à la suite de la colpotomie postérieure qui avait enrayé les accidents suraigus. Dans un cas, il y avait un allongement sus-vaginal du col, la cavité utérine mesurant 14 centimètres et demi. Signalons encore une hématométrie compliquée d'une petite hématocèle suppurée ; dans ce cas l'hystérectomie vaginale était complémentaire et succédait à l'ablation faite deux mois auparavant d'un double hémato-salpinx pour atrésie cicatricielle du col. Dans un cas, une hémorragie opératoire a nécessité une laparotomie faite dans la même séance, et qui a été suivie de mort. A la suite d'une hystérectomie vaginale pour suppuration, on a cru d'abord à une fistule urinaire, mais l'exploration de la vessie et l'examen chimique du liquide a montré qu'il s'agissait d'une *hydrorrhée péritonéale* qui guérit ensuite spontanément.

XX. — *Hystérectomie vaginale pour métrite chronique avec lésions doubles des annexes compliquées ou non de rétrodéviation utérine adhérente* : 33 opérations, 29 guérisons.

XXI. — *Hystérectomie vaginale complémentaire à une laparotomie pour lésion des annexes* : 8 opérations, 7 guérisons.

Une de ces malades avait été opérée d'un kyste du ligament large ; il s'agissait dans un autre cas d'une fistule stercoro-abdominale rebelle qui a été ainsi guérie.

XXII. — *Hystérectomie vaginale pour métrorragies rebelles* : 10 opérations, 9 guérisons.

Il s'agissait dans la majorité des cas de gros utérus déjà curettés antérieurement sans succès, avec dégénérescence granulo-graisseuse du tissu musculaire et muqueuse fongueuse. Dans un cas, le microscope a révélé des lésions artérielles.

XXIII. — *Hystérectomie vaginale pour corps fibreux* : 47 opérations, 44 guérisons.

Parmi ces opérations, quelques-unes ont été pratiquées pour des corps fibreux très volumineux. Nous signalerons les poids suivants : 1 kil. 700, 1 kil. 200, 920, 720, 600 grammes ; plusieurs de ces tumeurs variaient entre 350 et 400 grammes ; les plus petites atteignaient 195 grammes.

XXIV. — *Hystérectomie vaginale pour infection puerpérale aiguë* : 2 opérations, 2 guérisons.

Une de ces hystérectomies a été faite douze jours après une fausse couche de deux mois et demi; la malade présentait tous les signes d'une infection puerpérale très grave avec pelvi-péritonite suppurée contenant deux litres de pus. La malade guérit parfaitement.

XXV. — *Hystérectomie vaginale pour prolapsus génital complet* (avec ou sans colpotomie) : 8 opérations, 7 guérisons.

3. Opérations gynécologiques diverses.

Opérations : 379 ; 376 guérisons.

Les trois morts sont dues : deux à une infection puerpérale aiguë venue du dehors que n'a pu enrayer le curettage et la désinfection de l'utérus; l'autre malade a succombé à un colpocleisis pour une large fistule recto-vaginale. Au cours de l'opération, le péritoine a été ouvert et la malade est morte d'infection.

Ces opérations se décomposent ainsi :

XXVI. — *Opération combinée pour prolapsus* (curettage, amputation sus-vaginale du col et colpectomie) : 2 opérations, 2 guérisons.

XXVII. — *Extirpation de polypes intra-utérins :*

a) Sessiles : 2 opérations, 2 guérisons.

b) Pédiculés : 7 opérations, 7 guérisons.

XXVIII. — *Colpotomies.*

a) Pour suppuration pelvienne : 20 opérations, 20 guérisons.

Cette opération a été pratiquée trois fois chez des malades ayant déjà subi une hystérectomie vaginale : dans le premier cas, il s'agissait d'un néoplasme suppuré de l'ovaire; dans le second, d'un kyste dermoïde suppuré, et dans un troisième cas, on a rouvert la cicatrice vaginale pour extraire un fibrome en partie sphacélé avec suppuration.

b) Pour hématocèle rétro-utérine (sans démonstration anatomique de grossesse extra-utérine) : 4 opérations, 4 guérisons.

c) Pour grossesse extra-utérine démontrée par l'examen microscopique : 2 opérations, 2 guérisons.

Une avec extraction du fœtus mort, mais non macéré.

XXIX. — *Vagino-fixations :* 5 opérations, 5 guérisons.

XXX. — *Fistules vaginales.*

a) Fistules vésico-vaginales : 4 opérations, 4 guérisons.

b) Fistules recto-vaginales : 4 opérations, 4 guérisons.

XXXI. — *Colporrhaphies antérieures et colpopérinéorrhaphies :* 24 opérations, 24 guérisons.

XXXII. — *Périnéorrhaphies* : 14 opérations, 14 guérisons.

XXXIII. — *Opération d'Emmet* : 3 opérations, 3 guérisons.

XXXIV. — *Stomatoplastie par évidement commissural du col* : 11 opérations, 11 guérisons.

XXXV. — *Curettage et amputation du col* : 51 opérations, 51 guérisons.

XXXVI. — *Curettages simples* : 101 opérations, 101 guérisons.

XXXVII. — *Curettage pour infection puerpérale* : 28 opérations, 26 guérisons.

XXXVIII. — *Curage et cautérisation ignée pour épithélioma* : 61 opérations, 61 guérisons.

XXXIX. — *Ablation d'esthiomène de la vulve* : 1 opération, 1 guérison.

XL. — *Extirpation de la glande de Bartholin* (kystes ou abcès) : 21 opérations, 21 guérisons.

XLI. — *Extirpation de kystes du vagin* : 2 opérations, 2 guérisons.

XLII. — *Ablation de molluscum de la vulve* : 3 opérations, 3 guérisons.

XLIII. — *Colpocléisis pour large fistule recto-vaginale* : 1 opération, 1 mort.

XLIV. — *Ablation d'un épithélioma de la vulve* : 1 opération, 1 guérison.

XLV. — *Opération d'hémorroïdes* (dilatation et cautérisation interstitielles au thermo-cautère) : 7 opérations, 7 guérisons.

4. Opérations abdominales non gynécologiques.

XLVI. — *Laparotomies sous-péritonéales* : 5 opérations, 3 guérisons.

1 pour adénite-iliaque suppurée d'origine tuberculeuse avec suppuration péri-utérine.

I pour dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome du ligament large qui avait été enlevé par colpotomie, chez une malade qui avait subi antérieurement une hystérectomie vaginale pour fibrome utérin.

XLVII. — *Ablation d'un gros fibrome de la paroi abdominale* : 1 opération, 1 guérison.

XLVIII. — *Laparotomies pour kystes hydatiques du foie* : 3 opérations, 3 guérisons.

XLIX. — *Laparotomies pour lithiase biliaire.*

a) Cholécystostomie : 3 opérations, 3 guérisons.

b) Cholécysto-entérostomie : 2 opérations, 2 guérisons.

L. — *Néphropexies :* 9 opérations, 9 guérisons.

LI. — *Urétéro-néo-cystostomie :* 1 opération, 1 guérison.

LII. — *Laparotomie pour ouverture et drainage d'un gros abcès rétro-cæcal :* 1 opération, mort.

LIII. — *Entéro-anastomose :* 1 opération, 1 guérison.

LIV. — *Laparotomie pour appendicite* : 5 opérations, 5 guérisons

LV. — *Ablation du rectum* (opération de Kraske) : 2 opérations, 1 guérison.

Une de ces opérations a été faite pour cancer chez une malade atteinte d'obstruction et cachectique ; cette malade est restée guérie pendant trois ans.

5. Opérations diverses non gynécologiques et non abdominales.

LVI. — *Opération pour exstrophie de la vessie :* 1 opération, 1 guérison.

LVII. — *Opération pour epispadias complet chez un petit garçon :* 1 opération, 1 guérison.

LVIII. — *Thyroïdectomie pour goitres kystiques :* 2 opérations, 2 guérisons.

LIX. — *Ablation du sein :* 17 opérations, 17 guérisons.

LX. — *Ablation d'un épithélioma de la lèvre supérieure avec autoplastie :* 1 opération, 1 guérison.

LXI. — *Ablation d'un épithélioma de la langue :* 1 opération, 1 guérison.

LXII. — *Ablation d'un épithélioma du nez et autoplastie :* 1 opération, 1 guérison.

LXIII. — *Résection du coccyx pour coccycodinie :* 1 opération, 1 guérison.

LXIV. — *Athrotomie du genou :* 1 opération, 1 guérison.

LXV. — *Petites opérations diverses :* 56 opérations, 56 guérisons.

§ 2. STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES, DANS LE SERVICE DE M. S. POZZI, PAR SES REMPLAÇANTS : MM. PICQUÉ, GUINARD, LEGUEU, DU 1er FÉVRIER 1892, AU 1er MARS 1899.

1° *Laparotomies.*

		Opér.	Guér.
I.	Ablation des annexes pour fibromes	2	2
II.	— — pour salpingite parenchymateuse.	39	38
III.	— — pour salpingite tuberculeuse.	4	4
IV.	— — pour hydrosalpinx	2	2
V.	— — pour hématosalpinx :		
	a) Sans grossesse tubaire	2	2
	b) Avec grossesse au-dessous du 5e mois.	3	3

		Opér.	Guér.
VI.	Laparotomie pour pyosalpinx avec ou sans périmétrite suppurée	22	18
VII.	Laparotomie pour ovaires scléro-kystiques (ablation double	22	21
VIII.	Laparotomie pour ovarite scléro-kystique (résection, ignipuncture)	2	2
IX.	Ovariotomies pour grands kystes de l'ovaire :		
	a) Kystes prolifères glandulaires	8	7
	b) Kystes du ligament large	2	2
	c) Kystes dermoïdes	3	3
	d) Tumeurs malignes	5	3
X.	Laparotomies exploratrices	6	3
XI.	— complémentaires	1	0
XII.	Hystérectomies abdominales :		
	a) Supra-vaginales	12	9
	b) Totales pour fibromes	12	10
	c) Totales pour annexite avec métrite	5	4
	d) — pour cancer	3	3
XIII.	Laparotomies pour cure radicale d'éventration	3	3
XIV.	— pour fistules abdominales	4	4
XV.	— pour hystéropexies simples	12	12

2° *Hystérectomies vaginales.*

XVI.	Hystérectomie vaginale pour épithélioma	6	5
XVII.	— suppuration pelvienne	26	21
XVIII.	— lésions bilatérales des annexes	14	13
XIX.	— hémorragies rebelles	5	4
XX.	Hystérectomie vaginale pour hématocèle rétro-utérine	1	1
XXI.	Hystérectomie vaginale pour tuberculose utéro-ovarienne	1	1
XXII.	Hystérectomie vaginale pour atrésie du col utérin	1	1
XXIII.	Hystérectomie vaginale pour corps fibreux	13	12
XXIV.	— infection puerpérale aiguë	1	1
XXV.	— complémentaire (après ablation antérieure des annexes)	1	1

3° *Opérations gynécologiques diverses.*

XXVI.	Extirpation de fibromes utérins pédiculés	5	5
XXVII.	Colpotomies :		
	a) Suppuration pelvienne	11	10
	b) Hématocèle rétro-utérine	1	1
	c) Grossesse extra-utérine	1	1
XXVIII.	Opération d'Alexander	6	6
XXIX.	Opérations pour fistules vaginales :		
	a) Fistules vésicales	4	4
	b) Fistules rectales	1	1

		Opér.	Guér.
XXX.	Colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies	19	19
XXXI.	Périnéorrhapies	7	7
XXXII.	Stomatoplastie	1	1
XXXIII.	Amputation du col et curettage	32	32
XXXIV.	Curettages simples	76	76
XXXV.	Curettage pour infection puerpérale	9	8
XXXVI.	Curage et cautérisation pour épithélioma	17	17
XXXVII.	Extirpation de la glande de Bartholin	1	1
XXXVIII.	Extirpation de kystes du vagin	1	1
XXXIX.	Ablation d'un épithélioma de la vulve	1	1
XL.	Opération d'hémorroïdes	2	2
XLI.	Ouverture d'un abcès para-uréthral	1	1
XLII.	Ablation d'un sarcome de la vulve	1	1
XLIII.	Extirpation de polypes de l'urèthre	4	4
XLIV.	Ablation de végétations vulvaires	2	2
XLV.	Opération de fistule de l'urètre	1	1

4° Opérations abdominales non gynécologiques.

XLVI.	Laparotomies sous-péritonéales	4	3
XLVII.	Laparotomie pour obstruction intestinale	1	0
XLVIII.	— pour cure radicale de hernie ombilicale	1	1
XLIX.	— — — hernie inguinale	3	3
L.	— — — hernie de l'estomac	1	1
LI.	— avec gastro-entérostomie	2	1
LII.	— pour kyste hydatique du foie	1	1
LIII.	— avec cholécystostomie	1	1
LIV.	— avec hépatopexie	1	1
LV.	— pour appendicite	1	1
LVI.	Néphrotomie	3	2
LVII.	Néphrectomie	1	1
LVIII.	Néphropexie	6	6
LIX.	Anus iliaque	1	1

5° Opérations diverses non gynécologiques.

LX.	Ablation du sein	11	11
LXI.	— d'un épithélioma de la face	2	2
LXII.	— d'un gliome du nerf optique	1	1
LXIII.	— d'un kyste du nez	1	1
LXIV.	— d'un rétrécissement du rectum	1	1
LXV.	Arthrotomie	1	1
LXVI.	Résection du nerf sus-orbitaire	1	1
LXVII.	Petites opérations diverses	32	32

§ 3. RELEVÉ GLOBAL DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A L'HOPITAL BROCA, DANS LE SERVICE DE M. S. POZZI, PENDANT LES SEPT DERNIÈRES ANNÉES, DU 1er FEVRIER 1892 AU 1er MARS 1899.

I.	Laparotomies pour lésions des annexes en général	521
	Guérisons	498
	Morts	23
II.	Laparotomies pour hystérectomies abdominales	103
	Guérisons	80
	Morts	23
III.	Laparotomies et opérations de chirurgie abdominale pour affections non gynécologiques	56
	Guérisons	49
	Morts	7
IV.	Hystérectomies vaginales	245
	Guérisons	216
	Morts	29
V.	Opérations gynécologiques diverses	583
	Guérisons	579
	Morts	4
VI.	Opérations diverses (non abdominales) de chirurgie générale	131
	Guérisons	131
	Morts	0

CHAPITRE III.

STATISTIQUE PERSONNELLE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES PAR M. S. POZZI, DANS SON SERVICE DE L'HÔPITAL BROCA, DURANT NEUF ANS, DEPUIS LE 1er FÉVRIER 1890 JUSQU'AU 1er MARS 1899.

1°	*Total des opérations gynécologiques*	1.460
	Guérisons	1.396
	Morts	64
2°	*Total des laparotomies en général*	641
	Guérisons	602
	Morts	39

Parmi ces laparotomies, nous signalerons les séries suivantes :

a)	Laparotomie avec ablation des annexes pour fibromes utérins (opération de Battey)	10
	Guérisons	10
	Mort	0
b)	Ablation des annexes pour salpingite parenchymateuse	94
	Guérisons	93
	Morts	1

c) Ablation des annexes pour salpingite tuberculeuse.	5
Guérisons.	4
Morts.	1
d) Ablation des annexes pour hydrosalpinx	17
Guérisons.	17
Morts.	0
e) Ablation double des annexes pour ovarite scléro-kystique	59
Guérisons.	59
Morts.	0
f) Ablation unilatérale ou partielle (résection, ignipuncture) des annexes pour ovaires scléro-kystiques.	79
Guérisons.	79
Morts.	0
g) Laparotomies pour pyosalpinx avec ou sans périmétrite suppurée.	124
Guérisons.	115
Morts.	9
h) Laparotomies pour hématosalpinx :	
1° Sans grossesse tubaire démontrée.	7
Guérisons.	7
Morts.	0
2° Avec grossesse tubaire démontrée (au-dessous du 5e mois).	9
Guérisons.	8
Morts.	1
i) Ovariotomies pour grands kystes et néoplasmes divers de l'ovaire (kystes dermoïdes, du ligament large, tumeurs malignes).	87
Guérisons.	78
Morts.	9
j) Hystérectomies abdominales :	
a) Pour fibromes :	
1° Supra-vaginales.	28
Guérisons.	24
Morts.	4
2° Hystérectomies totales	30
Guérisons.	19
Morts.	11
3° Myomotomies.	8
Guérisons.	7
Morts.	1
b) Pour annexite avec métrite	4
Guérisons.	4
Morts.	0
3° *Hystérectomies vaginales*	207

Guérisons	185
Morts	22

Nous signalerons les séries suivantes :

a) Hystérectomie vaginale pour épithélioma utérin	30
Guérisons	24
Morts	6
b) Pour corps fibreux	51
Guérisons	48
Morts	3
c) Pour lésions inflammatoires doubles et adhérentes	44
Guérisons	40
Morts	4
d) Pour suppurations pelviennes	61
Guérisons	54
Morts	7
4° *Opérations gynécologiques diverses*	614
Guérisons	611
Morts	3
5° *Opérations abdominales non gynécologiques*	46
Guérisons	42
Morts	4
6° *Opérations diverses non gynécologiques et non abdominales* (chirurgie générale)	84
Guérisons	84
Morts	0

CHAPITRE IV

STATISTIQUE GLOBALE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LE SERVICE DE M. POZZI A L'HÔPITAL BROCA PENDANT NEUF ANNÉES, DEPUIS LE 1er FÉVRIER 1890 AU 1er MARS 1899, PAR LUI ET PAR SES REMPLAÇANTS.

1° *Total des opérations gynécologiques*	1.910
Guérisons	1.813
Morts	97
2° *Total des laparotomies en général*	799
Guérisons	742
Morts	57

Parmi elles, signalons spécialement :

a) Laparotomie avec ablation des annexes pour fibromes utérins (opération de Battey)	12
Guérisons	12
Morts	0

b) Ablation des annexes pour salpingite parenchymateuse (1)	133
Guérisons	131
Morts	2
c) Ablation des annexes pour salpingite tuberculeuse	9
Guérisons	8
Morts	1
e) Ablation des annexes pour hydrosalpinx	19
Guérisons	19
Morts	0
f) Ablation double des annexes pour ovarite scléro-kystique	81
Guérisons	80
Morts	1
g) Ablation partielle des annexes pour ovarite scléro-kystique (résection, ignipuncture)	72
Guérisons	72
Morts	0
h) Laparotomie pour pyosalpinx avec ou sans périmétrite suppurée	146
Guérisons	133
Morts	13
i) Laparotomie pour hématosalpinx :	
a) Sans grossesse tubaire	9
Guérisons	9
Morts	0
b) Avec grossesse tubaire au-dessous du 5e mois	12
Guérisons	11
Morts	1
j) Ovariotomie pour grands kystes et néoplasmes divers de l'ovaire (kystes dermoïdes, du ligament large, tumeurs malignes, etc.)	95
Guérisons	86
Morts	9
k) Hystérectomies abdominales :	
1° Pour fibromes :	
a) Supra-vaginales	40
Guérisons	33
Morts	7
b) Totales (2)	42

(1) J'ai désigné sous ce nom les lésions des trompes, caractérisées essentiellement par le grand épaississement de l'organe avec oblitération du pavillon. Il y a presque toujours coïncidence d'adhérences étendues et de dégénérescence des ovaires; ce sont généralement d'anciens pyosalpinx où le pus a été ou évacué ou résorbé.

(2) Toutes ces opérations ont été faites pour de très gros fibromes dépassant le niveau de l'ombilic. (Les opérations faites dans l'année scolaire 1898-1899 (février 1898 à mars 1899), sont au nombre de 9 : 1 mort, 8 guérisons.)

Guérisons. 29
Morts. 13

c) Myomotomies 8
Guérisons. 7
Morts. 1

2° Hystérectomie abdominale totale pour annexite avec métrite 9
Guérisons. 8
Mort 1

3° Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin 4
Guérisons. 3
Morts. 1

3° *Hystérectomies vaginales :*

a) Pour épithélioma. 38
Guérisons. 31
Morts. 7

b) Pour corps fibreux. 64
Guérisons. 60
Morts. 4

c) Pour lésions inflammatoires et non suppurées des annexes et de l'utérus. 84
Guérisons. 76
Morts. 8

d) Pour lésions suppurées (suppuration pelvienne, infection puerpérale) 87
Guérisons. 75
Morts. 12

4° *Opérations gynécologiques diverses* 820
Guérisons. 816
Morts. 4

5° *Opérations abdominales non gynécologiques* 68
Guérisons. 60
Morts. 8

6° *Opérations diverses non gynécologiques et non abdominales* 136
Guérisons. 136
Morts. 0

7° *Total général de toutes les opérations* 2.114
Guérisons. 2.009
Morts. 105

Présentations de malades.

Cancer de l'estomac. Résection de 15 centimètres. Présentation du malade un an après.

M. Tuffier. — Cet homme me fut adressé par M. Hayem dans un état cachectique, au point que le diagnostic avait été hésitant entre anémie pernicieuse ou cancer latent. M. Hayem pensa à un cancer gastrique. Je trouvai une légère induration derrière le muscle droit, il n'y avait pas de signes de sténose pylorique. Le 29 mars 1898, je fis la laparotomie et je réséquai 15 centimètres de la face antérieure de la grande et de la petite courbure. L'examen microscopique a été fait par M. Hayem. Le malade est guéri, depuis un an il vit de son travail, et n'a présenté aucun signe fonctionnel d'affection de l'estomac.

Rupture du tendon du triceps crural. Suture.

M. Lejars. — Un homme de quarante-huit ans, de notable embonpoint, fait un faux pas en descendant un escalier, cherche à se retenir par un brusque mouvement en arrière, ressent une vive douleur au genou droit, et tombe sur le dos. On le relève : le membre inférieur droit refuse tout service, et la marche est impossible.

Il est transporté à l'hôpital Beaujon, où nous le voyons le lendemain matin, 17 juillet 1898.

Le genou droit est le siège d'un gonflement très marqué qui remonte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. La peau est intacte. La rotule, très mobile transversalement, ne présente aucune solution de continuité. Au dessus, à un doigt à peine du bord supérieur, on constate une dépression, une sorte de rigole transversale, apparente à la vue, malgré la tuméfaction, et surtout très nette au palper : deux doigts s'y logent parfaitement. A ce niveau, on réveille une douleur modérée.

L'extension de la jambe est totalement abolie, et il est impossible au blessé de soulever le talon ; la flexion ne s'exécute pas davantage, à cause de la douleur qu'elle provoque : quand on fléchit très légèrement le genou, la gouttière transversale sus-rotulienne s'élargit visiblement.

En somme, il n'y a aucun doute sur l'existence d'une rupture

totale du tendon du droit antérieur, à très peu de distance au-dessus de la rotule.

La suture du tendon est immédiatement pratiquée. Anesthésie à l'éther. Incision longitudinale de 10 centimètres sur la face antérieure de la cuisse : je tombe tout de suite dans le foyer de rupture, rempli de sang liquide et de caillots. Après détersion préalable, on constate que le tendon est divisé, dans toute son épaisseur; en dehors seulement, une petite bandelette fibreuse, dépendant de la couche profonde du tendon, est conservée, et s'étend comme un ponticule d'un bout à l'autre.

Pour réunir, je faufilai d'abord, dans l'un et l'autre bout, à 1 centimètre environ du plan de rupture, et en travers, une anse de gros catgut, qui devait servir de fil d'appui; et, après avoir rapproché, par un premier surjet, leur bord postérieur, je les amenai au contact et les fixai solidement; il ne me resta plus, pour compléter l'affrontement, qu'à mener un second surjet sur les deux lèvres antérieures de la section. Par-dessus, l'enveloppe aponévrotique fut suturée et la peau réunie, sans drain. Immobilisation du genou dans une gouttière plâtrée postérieure.

Le blessé fut maintenu au lit pendant vingt-trois jours; huit jours avant, on avait commencé le massage et les exercices progressifs de mobilisation. Au trente-cinquième jour, il quittait l'hôpital. Depuis, la restauration fonctionnelle s'est achevée; aujourd'hui, la marche est normale et sans boiterie; le tendon est parfaitement reconstitué et la jambe se soulève et se projette en avant avec force. A part une légère réduction de volume de la cuisse, qui persiste encore, l'état est le même des deux côtés et la réparation complète.

C'est là un exemple de plus des bons résultats qu'on peut attendre de la suture tendineuse pratiquée aussitôt que possible.

M. Routier. — Je m'inscris en faux contre les assertions de M. Lejars; je crois qu'on peut avoir un aussi beau résultat que celui qu'il vient de nous montrer et cela sans opération. J'en ai pour ma part un bel exemple. C'était un vieillard de soixante-cinq ans, qui s'était rompu le tendon au ras de la rotule et avait un écartement immédiat considérable et un épanchement sanguin énorme. Je ne l'ai pas suturé et me suis contenté de l'immobilisation d'abord, bientôt suivie de massage : le résultat est parfait.

M. Guinard. — Je présenterai dans la prochaine séance un malade analogue à celui de M. Lejars. Je ne lui ai rien fait, il a guéri. Il était tombé devant Saint-Georges Hospital où on le conduisit; on refusa là de suturer le tendon. On le conduisit alors chez un

orthopédiste, qui fit de même. Tout cela dura quinze jours. On me fit alors appeler à Londres. Je le ramenai en France, je le fis masser et j'eus un résultat parfait; le malade marche, lève la jambe.

M. RICARD. — Je ne suis pas de l'avis de MM. Guinard et Routier. J'ai eu à soigner, voilà trois ans, une rupture du tendon d'Achille; c'était chez un chasseur forcené qui se prit le pied dans un terrier et se rompit le tendon. On lui conseilla de ne pas se faire opérer. Il attendit six mois. Quand je le vis, il avait une telle rétraction que l'on ne put rapprocher les deux bouts. Aussi je crus prudent de ne pas attendre.

Je me trouvais en présence de 5 centimètres d'écartement au moins. Je fis à la soie une suture circulaire et mis une tresse de soie fine, puis un appareil plâtré. Il guérit avec un tendon qui se fit autour de la soie. Mais la cicatrice s'amincit et un nœud se montra un an après à travers l'érosion. Je fis alors l'extraction secondaire de la soie; le malade est parfaitement guéri.

M. TUFFIER. — Entre le tendon d'Achille et le triceps, il y a une grande différence. Dans un cas analogue à celui de M Ricard, je n'ai pas pu guérir mon malade.

Dans un autre cas analogue à M. Lejars, j'ai suturé sans hésiter et crois avoir bien fait, car j'ai eu un très bon résultat.

M. POZZI. — Il y a sept ou huit ans, je fus appelé près d'une dame ayant une rupture du tendon d'Achille; je fis un avivement en biseau et suturai. Je fis une suture en bourse, avec de la soie fine, puis une suture de la gaine au catgut, puis enfin une suture de la peau, Quand j'ai recherché mon tendon, j'ai trouvé le nerf tibial élongé. La malade n'avait d'ailleurs aucun trouble de la sensibilité.

M. WALTHER, — Je reviens à la suture du tendon du triceps. En 1892, alors que j'avais l'honneur de remplacer mon maître M. Tillaux, à la Charité, j'ai suturé le tendon du triceps à la rotule. L'accident remontait à trois jours. Le résultat fut parfait. Le malade fait 40 kilomètres par jour, quatre fois la route de Rosny à Paris, et il monte de gros sacs de charbon.

M. POTHERAT. — J'ai observé un enfant de cinq ans qui se rompit le tendon du triceps. Je n'ai pas suturé. Maintenant cet enfant a neuf ans. Il va très bien. C'est que le tendon du triceps est dans des conditions anatomiques très spéciales, comme celui de l'olé-

crane, à cause de ses ailes latérales. Il faut néanmoins suturer dès qu'on le peut.

M. Guinard. — Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas suturer. Je suis en cette occasion de l'avis de M. Lucas-Championnière. Et je suturerai au besoin. Mais quant à dire qu'il n'y a aucun danger, je ne suis pas de cet avis, car, après tout, on travaille dans l'articulation du genou.

M. Lejars. — Je reste convaincu qu'aucun autre procédé ne m'eût valu, chez mon blessé, un résultat comparable. On nous a cité des exemples de restauration fonctionnelle complète, par le simple massage; nous connaissons des faits du même genre, mais nous en connaissons d'autres où l'impotence est restée définitive. On ne saurait donc baser une règle sur des exceptions heureuses. Pour ma part, en dehors de certaines contre-indications rares (et l'âge n'en est pas toujours une), je crois qu'il est de saine pratique de suturer immédiatement le tendon tricipital rompu, tout aussi bien que la rotule fracturée.

Présentation de pièces.

Balle de revolver ayant frappé l'occipital et dévié dans la partie médiane du cou. Radiographie et extirpation.

M. Tuffier. — Cette radiographie est celle d'un malade de mon service de Lariboisière, qui a reçu une balle de revolver de 7 millimètres, dans la région occipitale. Il resta une fistule osseuse, allant sur l'occipital, et on pouvait penser que la balle était à ce niveau. Au quinzième jour, je fis faire une radiographie que je vous présente : la balle est en plein milieu du cou, la balle porte la trace de son passage sur l'os.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1899

Présidence de M. Pozzi.

Rectification au procès-verbal.

M. Peyrot. — M'étant trouvé dans l'obligation de manquer la séance du 29 mars, je n'ai appris que par le compte rendu la réponse de M. Reynier à mes réflexions de la séance précédente. Je demande à répondre moi-même quelques mots seulement.

Sur la question de l'appendicite, je ne veux pas revenir. Apportons des faits, tous les faits et bientôt, je l'espère, la vérité s'imposera. Je serais, pour ma part, le premier à faire amende honorable s'il m'était démontré que ma pratique ne répond pas à toutes les réalités et à toutes les nécessités de la clinique.

Dans la discussion du 22 mars, comme dans sa courte communication du 29, M. Reynier reprend une idée qui lui est chère, à savoir que dans certaines formes cliniques de l'appendicite, caractérisées par de l'hypothermie, il y a intérêt à attendre. Après quelques heures ou même quelques jours, sous l'influence de la caféine, des injections de sérum artificiel, de la glace, etc., l'état général se remonterait et on opérerait, avec chances de succès, des malades qui auraient succombé à la suite d'une intervention hâtive. Cette aggravation dans l'expectation, je dois déclarer encore que je ne la comprends pas. M. Reynier nous a rapporté des cas qu'il pense démonstratifs. Mon esprit se refuse à les admettre. Pour moi, dans un tel péril, l'intervention immédiate est plus nécessaire que jamais. La meilleure manière de remonter le malade, c'est de le débarrasser du foyer qui l'infecte ; la meilleure manière d'empêcher ce foyer de s'étendre, c'est de l'ouvrir de bonne heure.

Si j'ai combattu avec vivacité des idées présentées avec vivacité et que je crois dangereuses, si j'ai protesté contre la valeur que mon honorable contradicteur accordait à des détails de peu d'importance à mes yeux, je l'ai fait en termes courtois. Je n'ai point qualifié de *puériles* les objections que m'avait adressées notre collègue. Dans le résumé rapide qu'il a fait de notre discussion, notre secrétaire des séances s'est servi de ce mot. Je ne

dois pas l'avoir prononcé et je me fais un devoir de reconnaître qu'il ne traduit pas ma pensée. Mon ami Routier me pardonnera de parler ainsi. Ses comptes rendus sont toujours clairs et exacts. Personne ne lui rend meilleure justice que moi; et on ne lui en voudra d'avoir une fois laissé échapper ce *lapsus calami*.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — Quelques erreurs se sont glissées dans ma statistique (communication faite à la séance du 29 mars). Je demande la permission de la rectifier comme il suit :

Aux 18 cas cités, on doit ajouter 3 cas de guérison omis par moi, mais indiqués dans la même communication (page 335) et qui déjà avaient été signalés, en 1898, dans la séance du 1er mars, ce qui donne un total de 21 cas opérés, fournissant : 13 guérisons, 3 états stationnaires, 4 améliorations, 1 mort.

En y ajoutant les 4 malades de ma statistique de 1897, nous arrivons, en résumé, à la statistique suivante :

25 malades traitées médicalement ou chirurgicalement, avec : 14 guérisons, 3 états stationnaires, 7 améliorations, 1 mort.

J'ajoute enfin qu'outre ces 25 malades, j'ai opéré depuis moins d'un mois 3 nouvelles malades qui sont actuellement guéries opératoirement; mais je n'ai encore aucune donnée au point de vue du résultat mental.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier présente, au nom de M. Jeanne, professeur-adjoint à Rouen, deux observations renvoyées à une Commission. M. Tuffier : rapporteur.

Rapport.

Note sur quelques cas d'appendicite aiguë avec intervention chirurgicale, par M. E. Loison, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. C. WALTHER.

M. Loison, dans ce travail, nous apporte treize observations personnelles et inédites d'appendicite aiguë.

Ces observations sont classées par l'auteur en trois groupes :

1° Cas où il existait des symptômes de péritonite localisée : 9 cas.

2° Cas se présentant avec des symptômes de péritonite généralisée ou au moins très étendue : 3 cas.

3° Cas où les symptômes d'inflammation et de collection faisaient défaut et où je pensais pratiquer l'intervention dite à froid : 1 cas.

Je ne vous rapporterai pas le détail de chacune de ces observations. Il me suffira, pour ne pas prolonger encore cette longue discussion sur le traitement de l'appendicite, de vous donner la statistique de M. Loison et de vous exposer les conclusions dans lesquelles il résume son travail.

Sur les treize interventions, M. Loison a perdu deux malades, tous deux appartenant au deuxième groupe, c'est-à-dire atteints de péritonite généralisée ou du moins très étendue; les autres opérations, soit pour des péritonites enkystées, soit à froid ont été suivies de guérison.

Voici maintenant les conclusions qui terminent le mémoire de M. Loison :

1° *Indication de l'intervention :*

« *a*) Si l'inflammation semble localisée, il faut intervenir dès que l'on constate une tuméfaction appréciable par la palpation à travers la paroi abdominale ou par le toucher rectal, sans s'inquiéter s'il y a de la fièvre ou non. Si la contracture des muscles de la paroi est trop prononcée et ne permet pas une exploration suffisante, il y a avantage à donner sans tarder le chloroforme, pour obtenir la résolution et faciliter le diagnostic.

« *b*) En présence de symptômes indiquant la probabilité d'une péritonite généralisée, même s'il n'y a pas de fièvre ni de vomissements, il faut immédiatement endormir le malade, explorer

soigneusement l'abdomen et l'ouvrir, s'il persiste le moindre doute. Ce sont les hésitations diagnostiques qui ont causé la perte de deux de nos opérés.

« *c*) Enfin, lorsqu'un malade a eu récemment une poussée d'appendicite aiguë, il faut attendre au moins un mois pour faire la résection à froid, même si la fosse iliaque est souple et non douloureuse à la palpation.

2° *Mode d'intervention :*

« *a*) Dans les collections localisées, ouvrir sur le milieu de la tumeur, suivant son grand axe, sans s'inquiéter outre mesure, de l'emplacement ou de la direction plus ou moins classique de cette incision.

« *b*) Dans les péritonites généralisées, préférer les incisions latérales à l'incision médiane qui, dans un cas, nous a rendu difficile l'accès de l'appendice.

« *c*) La résection de l'appendice dans les foyers purulents circonscrits ne nous semble pas indispensable ; dans les cas de péritonite diffuse, sa suppression nous semble au contraire s'imposer, pour éviter l'infection à jet continu de la séreuse.

« *d*) Si pendant l'intervention on ne trouve pas le péritoine pariétal enflammé, il ne faut pas s'arrêter, comme nous l'avons fait une fois, mais l'ouvrir franchement et aller à la recherche du pus dans la profondeur ; car, en attendant sa venue spontanée à la surface, on risque une perforation du rectum, comme dans notre cas.

« *e*) Si l'on rétrécit la plaie opératoire par des sutures, il vaut mieux prendre tous les plans dans des anses uniques de fil, de façon à éviter l'élimination plus ou moins tardive des fils profonds constatée chez plusieurs de nos opérés.

« 3° *Résultats opératoires :*

« Sur 13 interventions, nous avons eu 2 morts, soit 15.3 p. 100 ; mais il faut noter qu'il s'agissait de 2 cas de péritonite suppurée diffuse.

« Nous n'avons constaté aucune récidive, bien que nous n'ayons pas touché à l'appendice, dans les collections limitées, la nature se chargeant elle-même de faire le plus souvent une amputation spontanée de la partie malade de l'organe.

« Chez un de nos opérés, nous avons observé une fistule stercorale qui ne s'est fermée qu'au bout d'un temps très long, par le traitement médical.

« Trois malades se sont représentés à notre examen porteurs d'une éventration cicatricielle ; dans deux cas nous avions pratiqué

l'incision de Roux et dans l'autre une incision verticale à travers le muscle grand droit de l'abdomen.

« En résumé, nous croyons pouvoir rester partisan de l'intervention à chaud, si les symptômes de suppuration sont bien évidents, et si une éventration cicatricielle se produit consécutivement, on en sera quitte pour la traiter ultérieurement.

Ces conclusions répondent aux opinions acceptées par tous, au cours de cette discussion : ouvrir les foyers de péritonite enkystée; intervenir chaque fois qu'on peut soupçonner une péritonite diffuse.

Mais je ne puis m'empêcher de faire des réserves sur certains points de ces conclusions.

M. Loison nous dit en effet : « En présence de symptômes indiquant la probabilité d'une péritonite généralisée, même s'il n'y a pas de fièvre, ni de vomissements, il faut immédiatement endormir le malade, explorer soigneusement l'abdomen, et l'ouvrir s'il persiste le moindre doute. « Surtout s'il n'y a pas de fièvre. » Au contraire de M. Loison, je dirais dans la première partie de cette conclusion : L'absence de fièvre, tout au moins une fièvre peu vive, caractérise, nous sommes, je pense, tous d'accord sur ce point, les formes les plus graves d'infection péritonéale, la septicémie péritonéale ; et en pareil cas ce qui éclaire notre diagnostic c'est précisément l'apyrexie avec une accélération et surtout une faiblesse particulière du pouls, petit, filant, misérable, et aussi le facies, l'état général.

Je ne puis accepter non plus la seconde partie de cette conclusion, à savoir que les renseignements fournis par la palpation de l'abdomen, pendant l'anesthésie, aideront au diagnostic. Je ne crois pas que cette exploration nous apporte une indication particulière en cas de péritonite diffuse.

Chaque fois que nous pouvons, d'après les signes généraux (et ici les signes locaux font absolument défaut d'ordinaire), soupçonner l'existence d'une péritonite septique, la laparotomie s'impose et nous ne devons pas compter sur les résultats forcément négatifs de l'exploration de l'abdomen, même pendant la résolution anesthésique.

J'ai suffisamment insisté au cours de notre discussion sur les faits de récidive à plus ou moins longue échéance, après ouverture des collections purulentes sans résection de l'appendice, pour ne pas motiver plus longuement les réserves que je fais à la conclusion dans laquelle M. Loison nous dit que « la nature se charge elle-même de faire le plus souvent une amputation spontanée dans la partie malade de l'organe ».

Il faut bien dire que si, en effet, le plus souvent les malades restent guéris, après l'incision simple des foyers, il n'en est pas moins nécessaire de les surveiller et d'enlever l'appendice à froid, si de nouvelles douleurs indiquent la persistance de lésions appendiculaires.

Le travail de M. Loison touche, vous le voyez, à nombre de points intéressants. Il n'aborde pas la question très discutée de la conduite à tenir en présence d'une attaque d'appendicite aiguë remontant déjà à deux ou trois jours ou plus, question qui ne me paraît pouvoir être résolue que par l'examen attentif des statistiques. Il serait utile qu'à la fin de l'année, chacun ne nous apportât ici sa statistique intégrale de tous les cas d'appendicite opérés, et l'indication exacte des conditions dans lesquelles a été faite l'intervention. Ce n'est que par cette comparaison de faits nombreux que nous pourrons fixer d'une façon précise les indications opératoires dans ces cas souvent embarrassants.

Je vous propose, comme conclusion à ce rapport, de remercier M. Loison de son très intéressant travail que nous déposerons dans nos archives.

Communication.

Nouveau procédé pour la résection du nerf maxillaire supérieur,

par M. POIRIER.

Actuellement, lorsque nous voulons réséquer le nerf maxillaire supérieur, nous employons le procédé de Lossen-Braun décrit chez nous par Chalot, vulgarisé et bien réglé par Segond.

Ce procédé est bon; je l'ai employé trois fois pour des cas de névralgie rebelle, et n'ai point rencontré de difficultés réelles dans son application. Cependant, parce qu'elle exige la résection temporaire de l'arc zygomato-malaire, l'opération de Lossen-Braun, prend déjà une notable importance; de plus, la cicatrice faciale qu'elle laisse est étendue; enfin, il peut arriver et il est arrivé que la mastication reste gênée pendant un temps parfois fort long.

Par ces considérations, j'ai été amené à me demander s'il ne serait pas possible de sectionner le nerf maxillaire supérieur dans la fente ptérygo-maxillaire pour le réséquer ensuite, comme dans le procédé de Lossen-Braun, *sans toucher au squelette facial.*

Ayant étudié, sur cinquante crânes, le squelette de la région

ptérygo-maxillaire, j'ai vu que l'on pouvait atteindre la fente et la fosse ptérygo-maxillaire sans réséquer l'arc zygomato-malaire.

Voici les faits anatomiques fondamentaux sur lesquels est basé le procédé, sur lequel je me propose d'appeler votre attention.

A. — *Normalement, le contour supérieur de la fente ptérygo-maxillaire s'élève à quelques millimètres, deux à six, au-dessus du plan horizontal rasant le bord supérieur de l'arc zygomato-malaire* : Donc, un instrument, stylet ou crochet, conduit dans ce plan horizontal, pénétrera toujours et directement dans la fente et l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire. — Dans deux cas seulement sur cinquante crânes, le contour supérieur de la fente était à un millimètre au-dessous du plan horizontal; dans ces deux cas, pour pénétrer dans la fente, il me suffit de relever un peu le manche de l'instrument.

B. — *L'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et la fente ptérygo-maxillaire sont en moyenne à 4 centimètres de l'arcade zygomatique.*

C. — *Toujours la fente ptérygo-maxillaire est sur la perpendiculaire à l'arc zygomatique passant par l'articulation temporo-malaire, c'est-à-dire à 1 centimètre en arrière de l'angle formé par l'arc zygomatique et l'apophyse orbitaire externe du malaire.*

Ces constatations bien retenues, il sera aisé de comprendre les différents temps de l'opération qui conduit sûrement, à peu de frais et sans grands tâtonnements, sur le nerf maxillaire supérieur dont vous connaissez la situation dans la fente ptérygo-maxillaire.

Je ne parlerai point des premiers temps de l'opération qui consistent à découvrir le nerf maxillaire supérieur à son émergence du canal sous-orbitaire, à le bien isoler, et à le charger sur un fil que l'on noue tout comme s'il s'agissait d'une artère.

Ceci fait, il s'agit d'aller chercher et couper le nerf au niveau de la fente ptérygo-maxillaire. Pour cela, je procède de la façon suivante :

Incision de la peau et de l'aponévrose. — Après avoir repéré le bord supérieur de l'arc zygomatique et l'angle qu'il forme avec l'apophyse orbitaire externe, je fais une incision perpendiculaire à l'arc zygomatique à un centimètre en arrière de cet angle, c'est-à-dire au niveau de l'articulation temporo-malaire et en regard de la fente ptérygo-maxillaire. Je donne à l'incision 4 centimètres de longueur, 3 centimètres au-dessus de l'arc, un sur l'arc même, et j'évite de couper l'artère temporale dans les cas rares où, en situation basse, elle affleurerait le bout supérieur de mon inci-

sion. L'aponévrose temporale reconnue est ensuite coupée jusqu'au bord supérieur de l'arc; là il est même bon de la désinsérer sur une longueur de 1 ou 2 millimètres, pour permettre le jeu de l'instrument, rugine ou crochet, qui devra *toujours rester en contact avec le bord supérieur de l'arc et perpendiculaire à sa direction.*

Sous l'aponévrose, on trouve, en couche plus ou moins épaisse, une graisse fluide que la sonde cannelée détache et rejette facilement vers la partie inférieure de la plaie. Alors apparaît le temporal, dont l'éventail tendineux remonte plus ou moins haut sur la face externe du muscle. Dans le même plan que la peau et l'aponévrose, j'incise ou écarte les fibres tendino-musculaires du temporal.

Ceci fait, on quitte le bistouri que l'on ne reprendra plus et l'on s'arme d'un stylet rigide, ou mieux d'une petite rugine. J'ai demandé à M. Collin une petite rugine-gouge, large de 3 millimètres, épaisse de 2, non rectiligne, mais légèrement incurvée, c'est-à-dire suivant une courbe de très grand rayon, et *marquée d'un trait à 4 centimètres de sa pointe mousse.* Le dos de la rugine-gouge étant placé sur le bord supérieur de l'arc zygomatique qu'il ne quittera jamais, on enfonce l'instrument en lui frayant chemin peu à peu dans les fibres du temporal.

J'abaisse un peu le manche de la rugine afin que sa pointe gratte le plan sous-temporal en désinsérant quelques fibres du ptérygoïdien externe dans lequel elle chemine maintenant et, à 35 ou 40 millimètres de profondeur, je heurte l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, c'est-à-dire la lèvre postérieure de la fente ptérygo-maxillaire, si j'ai eu soin de *maintenir* mon *instrument perpendiculaire à l'arc zygomatique.* Il faut bien reconnaître cette lèvre postérieure et la ruginer doucement sur une longueur de 1 ou 2 centimètres; au cours de cette manœuvre, on pénètre toujours et fatalement dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Nous y voilà par une voie sûre, exempte de tout danger. Constatons que le trait marqué sur la rugine à 4 centimètres de sa pointe, répond juste ou à 2 millimètres près à l'arc zygomatique. L'acte est certainement plus long à décrire qu'à exécuter.

Avec la même rugine ou avec un stylet introduit par le même chemin, on pénètre dans la fente ptérygo-maxillaire, après avoir bien relevé la lèvre postérieure et la voûte; au cours de cette manœuvre, on touche certainement le nerf maxillaire supérieur au moment où il s'engage dans cette fente. Pendant que l'instrument agit ainsi dans la fosse, il ne faut pas perdre de vue le nerf à son émergence sous-orbitaire. On recommence plusieurs fois la même manœuvre, abaissant ou accrochant avec le stylet le nerf qui s'enfonce alors dans le canal sous-orbitaire, et redressant le

même nerf par une traction sur le fil qui l'enserre au niveau de son émergence : la manœuvre, plusieurs fois répétée, libère de plus en plus le nerf abaissé par le stylet et redressé par la traction sur le fil. Après avoir une dernière fois abaissé le nerf, qui s'enfonce et reste enfoncé dans le canal sous-orbitaire, je remplace la rugine par un crochet sur lequel le nerf sera facilement chargé à la première ou seconde tentative. Lorsque le nerf est accroché, il est bon de répéter encore le jeu d'entente entre le fil qui *tire* et le crochet qui *retire*. On peut sectionner le nerf par arrachement; mieux vaut, je crois, glisser le long du crochet une pince à mors fins et solides et l'arracher par torsion; lorsque le nerf est ainsi coupé ou arraché dans la fente, on l'extrait par traction sur le fil sous-orbitaire.

Je ne sais, messieurs, si j'ai pu faire comprendre la suite de ces actes plus aisés à accomplir qu'à décrire; j'aurais éclairé cette description par quelques figures, si je n'eusse été pris ainsi à l'improviste.

J'ai répété une vingtaine de fois ce procédé sur le cadavre; deux de mes élèves l'ont répété après moi, et si nous avons tâtonné quelquefois, jamais nous n'avons échoué.

J'ajoute que dans ce procédé, vous cueillez le nerf en un point aussi rapproché que possible de son émergence par le trou grand rond. Je ne dis pas que vous l'accrochez en arrière des filets qu'il envoie au ganglion sphéno-palatin, comme on prétend le faire dans le procédé de Lossen-Braun, et comme on le voit représenté dans les figures annexées aux descriptions. Cela n'est point faisable : en effet, le ganglion sphéno-palatin n'est pas le petit corps ovoïde que l'on décrit et figure partout, c'est un plexus; il n'est point situé immédiatement au-dessous du nerf, mais au-dessous et en dedans, accollé au squelette et abrité en partie dans la fossette conoïde que forme l'épanouissement du trou vidien. J'ai rectifié les inexactitudes de nos descriptions classiques sur ce point, au dernier congrès anatomique. Pour détruire le ganglion, il faut après la section du nerf, agir avec le pouce ou une petite curette, dans la moitié postérieure de la fosse ptérygo-maxillaire.

Je remarque que, dans le procédé que je conseille, on agit toujours le long de la lèvre postérieure de la fente sphéno-maxillaire, c'est-à-dire dans la moitié postérieure de la fosse, partie nerveuse par opposition à la moitié antérieure qui est surtout vasculaire ; ainsi on ménage, la plupart du temps, la terminaison de la maxillaire interne.

Dans les cas exceptionnels où la fente ptérygo-maxillaire ne s'élève pas jusqu'au plan horizontal rasant le bord supérieur de l'arc zygomatique, ou bien encore quand le plan sous-temporal

est très bas situé, ce qui se rencontre peut-être deux fois sur cent, l'opération devient plus difficile; il faut alors se servir d'instruments légèrement courbés pour contourner la saillie du plan sous-temporal, ou donner un coup de pince de Liston sur l'arc zygomatique afin de pouvoir abaisser le manche de l'instrument.

M. Guinard. — Je veux ajouter un mot aux paroles si intéressantes de M. Poirier. Je trouve que les figures dont il parle sont schématiques. Il ne s'agit pas d'enlever le ganglion sphéno-palatin, mais tout le contenu de la fosse ptérygoïde. Je n'ai jamais trouvé, je l'avoue, la zone vasculaire dont parle M. Poirier; j'ai gratté le fond de la cavité avec une curette, enlevant les nerfs et tout ce qui se trouvait dans cette cavité sans avoir jamais de sérieuses hémorragies; si cela saigne un peu, on en est quitte pour tamponner et tout s'arrête.

On a plus de facilité pour bien vider la fosse ptérygo-maxillaire en employant le procédé de Lossen-Braun-Segond qu'en utilisant la petite boutonnière que préconise M. Poirier. Or, je crois que si j'ai eu les très sérieux résultats que j'ai obtenus plusieurs fois, c'est que j'ai curé entièrement la fosse, ne laissant plus que les parois osseuses à nu.

Si par le procédé de M. Poirier, on arrive à un résultat opératoire aussi complet, je m'y rallie, car la section de l'apophyse zygomatique n'est pas sans inconvénients, mais je le repète : il faut que le curage soit complet.

M. Poirier. — Je suis en état d'infériorité manifeste pour répondre à l'observation de mon collègue Guinard, parce que j'ai de moins bons yeux que lui. Il vient de nous dire qu'il voit bien dans la fosse ptérygo-maxillaire; j'avoue qu'ayant exécuté trois fois sur le vivant le procédé de Lossen-Braun, je n'ai pas bien vu et que je suis allé accrocher dans l'arrière-fond, en tâtonnant. Je me console en pensant que mon cas est commun à beaucoup; Segond, dans la très claire description qu'il nous a donnée de ce procédé, souligne que dans la grande majorité des cas, il est *impossible de rien voir*. Et cela est d'autant plus vrai que, même sur le cadavre qui ne saigne pas, on ne voit pas bien.

Je n'attache pas plus d'importance qu'elle n'en mérite à la maxillaire interne, devenant sphéno-maxillaire : cependant, je ne la détruirai pas de parti pris et me tiendrai de préférence dans la partie de la fosse où elle n'est pas, me souvenant que nombre d'opérateurs ont été gênés plus ou moins longtemps par l'hémor-

ragie et n'ont pu maîtriser l'écoulement sanguin que par le tamponnement de la fosse ptérygo-maxillaire.

M. Guinard. — J'ai écrit et imprimé dans nos Bulletins qu'on ne voit rien, mais qu'il faut gratter la fosse à l'aveuglette jusqu'à l'os et que, pour ce faire, l'ablation de l'arcade zygomatique donne un grand accès.

Traitement de la tuberculose testiculaire, discussion.

M. Berger. — M. Reynier, dans le rapport qu'il vous a présenté dans la séance du 28 décembre dernier sur une communication de M. le Dr Beurnier, a provoqué, en quelque sorte, une consultation de la Société sur les indications de la castration fournies par la tuberculose des organes génitaux de l'homme. Ces indications, je le pense, sont faciles à établir, et le chirurgien poit ici se conduire comme toutes les fois où il est en présence d'une manifestation locale de la tuberculose accessible à nos moyens d'action.

La question de la castration, dans les affections tuberculeuses des testicules et de l'épididyme, se présente dans les deux conditions très différentes que voici : d'abord, dans les tuberculisations n'affectant qu'un des testicules, le plus souvent à une époque assez rapprochée du début, et lorsqu'on peut considérer la lésion de l'organe mâle comme la seule manifestation tuberculeuse existant sur le sujet qui la porte. En pareil cas, la castration se présente comme une mesure radicale destinée à supprimer un foyer isolé de tuberculose; c'est une indication curative que l'on cherche à remplir.

Dans le second cas, il s'agit de tuberculoses testiculo-épididymaires qui, par l'abondance de la suppuration qu'elles déterminent, contribuent à épuiser le sujet qui en est atteint; ou même, avant que des abcès se soient produits et se soient ouverts, il s'agit de testicules envahis par des productions tuberculeuses massives, présageant ces suppurations abondantes et tout leur cortège de dangers, de souffrances et d'incommodités. Presque toujours, en pareil cas, les vésicules séminales ou la prostate sont le siège d'altérations tuberculeuses concomitantes; souvent le testicule opposé présente à un moindre degré des lésions analogues; enfin, assez fréquemment encore, en d'autres points de l'économie, et principalement aux poumons, il existe des

signes indubitables révélant d'autres manifestations de la même diathèse. Le but de la castration, que l'on est parfois amené à pratiquer dans ces conditions, est de supprimer un organe nuisible, dangereux et gênant, perdu d'ailleurs pour la fonction, et de simplifier par cette opération, la situation déjà très compromise d'un malade qu'on ne prétend pas guérir, mais simplement placer dans des conditions de résistance meilleures : l'indication est donc palliative. J'insisterai peu sur cet ordre de faits dans lesquels le tact du chirurgien seul peut établir à quel moment et dans quelles circonstances l'intervention est opportune. Même dans ces cas la castration me paraît devoir être un peu plus souvent pratiquée qu'on ne le fait d'ordinaire; mais il faut qu'elle soit non seulement acceptée mais désirée par un malade, afin que celui-ci en resssente un soulagement physique et moral qui en sera le principal bénéfice.

Il me semble que dans le traitement de ces formes envahissantes et massives de la tuberculose génitale, la castration atteint mieux et surtout plus vite le résultat que l'on recherche, que les curettages, les évidements, les cautérisations au fer rouge, proposés autrefois par Verneuil, et qui restent une ressource précieuse dans les cas où une contre-indication formelle s'oppose à une opération plus radicale. Ces interventions partielles n'amènent souvent qu'une amélioration très passagère, et le malade lui-même, dans les cas les plus favorables, ne doit guère se faire d'illusion sur la valeur du *testicule moral* qu'on lui a laissé.

Je crois donc que, même en présence des lésions tuberculeuses multiples coexistant chez le même sujet, on est autorisé à intervenir par la castration chez les sujets qui ne sont pas des phtisiques, des tuberculeux cachectiques, lorsque la lésion testiculaire dont ils sont atteints, est pour eux l'occasion de souffrances, de gêne ou de dangers notables.

Dans le premier ordre de faits que nous avons signalés, l'indication est beaucoup plus délicate et difficile à saisir. Il s'agit de tuberculoses testiculo-épididymitaires, s'étendant assez souvent au canal déférent, avec des lésions encore très peu prononcées du côté de la partie profonde de l'appareil de la génération. L'autre côté est, ou semble parfaitement indemne; le sujet est d'ailleurs sain, et l'on peut espérer qu'en le débarrassant radicalement d'une manifestation locale de la tuberculose, on le mettrait à l'abri d'une infection généralisée.

Le but est séduisant, et, transportée sur d'autres organes et en d'autres régions, l'indication est une de celles qui sont les plus formellement établies en thérapeutique chirurgicale. Objectera-t-on que la tuberculose testiculaire peut rester stationnaire,

ou même guérir sous l'influence d'un traitement général bien conduit et d'une bonne hygiène? Cela est certain : j'en ai vu tout récemment encore un exemple chez un jeune homme qui était atteint d'une adénopathie cervicale manifestement tuberculeuse; une épididymite subaiguë qui s'était développée chez lui *absolument sans cause*, se dissipa complètement dans l'espace de quelques mois en même temps que l'état général s'améliorait graduellement. Aussi n'est-il pas question de traiter par la castration d'emblée, toutes les tuberculoses testiculaires au début; mais si le chirurgien sait bien reconnaître dans l'épididyme les masses tuberculeuses qui ne sont plus susceptibles de rétrocéder et de guérir, à plus forte raison ne doit-on plus compter sur le processus curateur spontané, quand malgré l'action du traitement général les lésions locales s'aggravent; en regard des cas où on a pu voir l'amélioration locale se produire, on pourrait en citer bien d'autres où l'expectation a conduit le malade à la généralisation de la tuberculose et à la mort. M. Reynier vous a rapporté quelques faits de ce genre, nous en avons presque tous vu d'analogues, et je me borne à vous citer entre autres l'observation d'un jeune homme que je soignai pendant plusieurs années pour une tuberculisation de l'épididyme ayant déterminé la production d'une fistule peu gênante; le canal déférent était malade, mais la prostate et les vésicules séminales étaient indemnes. Pendant quatre ans environ, la santé se maintint parfaite, la lésion locale semblait presque insignifiante, quand ce jeune homme fut enlevé en quelques jours par une méningite tuberculeuse. Il fut peut-être mort de la même maladie, même s'il eût été guéri de sa tuberculose locale, et cependant j'ai bien souvent regretté de n'avoir pas pratiqué chez lui la castration en temps opportun.

Des objections beaucoup plus sérieuses contre l'intervention chirurgicale, se tirent de ce fait que la tuberculose affecte souvent simultanément ou successivement les deux testicules, et des récidives sous forme de fistules inguinales que l'on observe à la suite de la castration.

Il est certain que lors même qu'un seul des testicules semble malade, l'autre peut être atteint déjà de lésions latentes qui se manifestent seulement un temps plus ou moins long après la castration pratiquée sur l'organe primitivement atteint. C'est là certainement l'échec le plus déplorable de l'intervention radicale, d'autant plus déplorable qu'il est sans remède et qu'il annihile tous les résultats de la première opération : car il ne saurait être question de pratiquer, pour la tuberculose testiculaire, une double castration; je sais bien qu'on y a eu recours, mais c'est une éventualité que je me refuse à admettre en dehors de quelques cas de

nécessité majeure et en dehors de toutes les prévisions. Ce que l'on a dit avec raison de la perturbation morale et des atteintes mentales amenées par la castration, se rapporte à la castration double. J'ai vu toujours les malades se résigner sans trop de difficulté à la perte d'un de leurs organes et oublier aisément la diminution qu'ils avaient subie, une fois l'opération pratiquée; mais il n'en est pas de même quand d'un homme on fait un eunuque. Aussi faut-il envisager avec quelque crainte l'éventualité, toujours ouverte, d'une nouvelle évolution tuberculeuse atteignant le seul testicule qui reste au malade après la castration, et ne saurait-on assez s'assurer de l'intégrité du testicule sain au moment où l'on se décide à sacrifier son congénère. J'ajoute que je n'ai pas encore vu le second se prendre à son tour chez les sujets sur lesquels j'ai eu l'occasion de pratiquer la castration pour une tuberculose testiculaire.

Reste la question des récidives locales; sur ce point je n'ai pas été aussi heureux, et très souvent j'ai vu, à la suite de la castration, persister ou se former un temps plus ou moins long après l'opération, un trajet fistuleux aboutissant à la cicatrice inguinale. J'ai vu cette fistule se fermer à la suite de l'élimination des fils qui avaient servi à la ligature du cordon, puis se rouvrir quelque temps après. J'en ai observé qui se sont produites plusieurs mois après la castration : dans ces différents cas, la lésion était certainement entretenue par une altération tuberculeuse du canal déférent.

Je ne crois pas néanmoins que l'état d'envahissement tuberculeux de celui-ci, ni même des lésions vésiculaires ou prostatiques peu caractérisées, peu avancées, doivent être considérés comme une contre-indication formelle à la castration. D'abord les lésions peu avancées de la vésicule séminale ou même de la prostate peuvent rétrocéder à la suite de la castration. Il n'est pas douteux que l'apport de matière infectieuse venant du testicule ne soit la cause prochaine de l'envahissement par la tuberculose de la partie profonde de l'appareil génital; supprimer cette cause par la castration, c'est placer les parties secondairement atteintes dans les conditions les plus favorables pour la guérison. Je puis citer tel fait dans lequel j'ai vu des altérations manifestes de la prostate diminuer de volume à la suite de l'ablation d'un testicule très profondément atteint, et dans lequel le sujet, revu plusieurs années après l'opération, n'avait présenté aucune complication du côté du périnée, du rectum ni surtout de l'appareil urinaire. La castration peut donc avoir une influence heureuse sur la marche des lésions tuberculeuses déjà développées dans la partie profonde de l'appareil de la génération.

Ces lésions elles-mêmes sont d'ailleurs accessibles, ainsi que l'ont démontré les communications de M. Villeneuve et de M. Roux (1), ainsi que le prouve l'observation de M. Beurnier, ainsi que le démontre encore le cas très intéressant que je vais vous rapporter et dont je vais vous montrer les pièces pathologiques. Il est possible, il est aisé même, par la région inguinale de supprimer avec le testicule toute la longueur du canal déférent; on pourrait même attaquer et enlever la vésicule séminale quoique la proximité de l'uretère rende assez délicats son isolement et son ablation par cette voie, un peu profonde naturellement; mais je préférerais s'il fallait de propos délibéré supprimer l'une des vésicules séminales, le faire par la voie périnéale en employant soit l'incision prérectale, soit une incision pararectale, comme celle à laquelle M. Roux a eu recours.

La pièce que je vous présente provient d'un homme de vingt-six ans sur lequel j'ai pratiqué la castration, le 24 février dernier, pour une tuberculose du testicule gauche dont le début remontait à quatorze mois. Le sujet était sain, d'ailleurs, et l'examen attentif de ses poumons n'a révélé aucune modification des caractères normaux de la sonorité et des bruits respiratoires; cependant, il avait été atteint d'adénopathies cervicales dans son enfance et, à l'âge de quinze ans, il avait eu une pleurésie qui avait guéri sans laisser de traces. C'est, il y a quatorze mois, qu'il a remarqué le gonflement de l'épididyme gauche qui s'est graduellement accru sans jamais causer de douleurs; il n'y avait pas eu d'écoulement urétral antérieur, le malade n'en a pas présenté depuis lors.

L'épididyme, du côté gauche, présentait deux tuméfactions distinctes et assez considérables, dures, l'une plus grosse, au niveau de la tête, l'autre à la queue; mais le reste de l'organe était augmenté de volume dans son ensemble; le testicule ne paraissait pas plus gros qu'à l'état normal; il y avait un peu de liquide dans la tunique vaginale. Le canal déférent dans toute sa partie scrotale était dur, irrégulier, et manifestement affecté par la tuberculose; ces altérations disparaissaient vers la racine des bourses. Le testicule droit et le canal déférent paraissaient absolument sains.

Par le toucher rectal, on trouvait les vésicules séminales, la gauche surtout, assez volumineuses, mais souples et ne présentant ni bosselures, ni duretés; la prostate était saine : on pouvait sentir, par contre, la terminaison du canal déférent gauche comme un cordon moniliforme et assez dur sur le côté de la vésicule correspondante.

Il existait en même temps une hernie de faiblesse assez prononcée qui occupait le trajet inguinal gauche et proéminait comme un petit bubonocèle à la région pubienne.

(1) *Congrès français de chirurgie*, 5e session, 1891, p. 668.

Déterminé par la localisation exacte des lésions à l'appareil génital gauche à en pratiquer l'ablation totale, je pratiquai au niveau de l'anneau et du trajet inguinal gauche l'incision qui me sert pour la cure radicale des hernies inguinales; j'attirai le cordon puis le testicule avec la vaginale dont je détachai les adhérences au scrotum, puis je fendis l'aponévrose du grand oblique sur toute la longueur du trajet inguinal et même un peu plus loin en dehors, je sortis le cordon du trajet et j'isolai, au niveau de l'orifice profond, le canal déférent qui paraissait sain, des autres éléments, artère et veines spermatiques, que je coupai entre deux ligatures au catgut. Effondrant alors la paroi postérieure du trajet inguinal qui n'existait pour ainsi dire pas (il y avait, comme je l'ai dit, une hernie inguinale qui pénétrait dans le trajet), je suivis le canal déférent en l'isolant du péritoine avec le doigt pendant que j'exerçais sur lui une traction légère; je pus très facilement, de la sorte, sans cesser de le voir, le dégager du péritoine, de la paroi latérale de la vessie; j'arrivai enfin jusqu'au contact de la vésicule séminale gauche que je reconnus avec le doigt et qui me parut saine dans sa totalité. Je plaçai une ligature au catgut sur le canal déférent, tout à fait à sa terminaison, contre la base de la vésicule séminale, je le coupai à ce niveau, et je pus amener de la sorte au dehors, 28 à 29 centimètres de ce conduit encore fixé par son origine à l'épididyme et aux éléments du cordon.

La paroi profonde du trajet inguinal fut alors reconstituée par une suture de Bassini fixant le tendon conjoint et la gaine du muscle grand droit à l'arcade de Fallope sur toute la longueur du trajet; le plan superficiel fut de même réuni. J'employai, contrairement à ce que je fais dans les cures radicales, le catgut pour toutes ces sutures, craignant l'infection possible de la plaie par quelques produits tuberculeux. La guérison fut obtenue par première intention, et le malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines, avec une paroi abdominale solide. Le toucher rectal montra que les indurations que nous avions rapportées à la partie profonde du canal déférent avaient disparu.

La coupe de l'organe malade fit voir que l'épididyme était le siège d'une infiltration tuberculeuse généralisée qui avait formé plusieurs noyaux de ramollissement surtout au niveau de sa tête et de sa queue. Le testicule était parsemé de points grisâtres, nombreux, surtout près du corps d'Highmore et qui n'étaient autres que des tubercules.

L'examen microscopique pratiqué par M. le Dr Fernand Bezançon a confirmé cette première constatation. Il a fait, en outre, reconnaître dans la partie terminale du canal déférent, l'existence de follicules tuberculeux développés dans les parois de ce conduit. Ce sont eux qui donnaient au toucher rectal les sensations caractéristiques qui nous avaient fait admettre une altération étendue de ce conduit.

Il est donc possible, il est même assez facile d'enlever, sans aucun délabrement, sans lésion d'aucun organe important, la totalité du canal déférent, et je crois que c'est une bonne précaution à prendre désormais dans tous les cas où l'on pratiquera

là castration pour une tuberculose testiculaire. Non seulement, en le faisant, on sera sûr d'éviter l'établissement de ces fistules qui suppriment une partie du bénéfice réalisé par l'opération, mais on aura fait une intervention véritablement radicale et curative.

Puisque je suis partisan des interventions larges et profondes dans les cas de tuberculose testiculaire épididymaire limitée, on comprendra que je sois peu porté à adopter les opérations parcimonieuses et partielles : les épididymectomies, les excisions de foyers tuberculeux isolés. Comment peut-on être certain d'atteindre par ces interventions limitées tous les points malades de l'organe? L'observation que je viens de rapporter prouve le contraire : l'épididyme seul paraissait atteint et cependant la section du testicule, après la castration, a montré que sa substance même était le siège d'une infiltration tuberculeuse disséminée. Pour s'assurer de l'étendue des lésions, on pourrait peut-être, dans certains cas, recourir à l'incision exploratrice du testicule qu'a tout récemment préconisée M. André (de Nancy). Je crois que c'est se donner bien du mal pour conserver un organe dans tous les cas perdu pour la fonction, et probablement dangereux. Sauf exception, c'est à la castration avec extirpation totale du canal déférent que je me rattache, comme à la seule opération à pratiquer, lorsque la chirurgie doit intervenir d'une façon active dans la tuberculose testiculaire.

Je résume donc ces quelques considérations en disant :

1° Dans les tuberculoses au début, la castration doit être pratiquée quand les lésions sont en voie d'accroissement et quand elles sont encore exactement limitées à une des moitiés de l'appareil génital;

2° Les lésions du canal déférent, celles même de la vésicule séminale ne sont pas une contre-indication à l'opération;

3° La castration doit être complétée par l'extirpation de la totalité du canal déférent, même lorsque celui-ci est indemne en apparence;

4° Si la vésicule séminale participe aux altérations, on pourra l'extirper par la voie inguinale, soit mieux encore, par voie périnéale;

4° Dans tous les cas où le testicule, atteint par la tuberculose, est une des causes principales de l'altération de la santé générale, de la déperdition des forces et des souffrances, même s'il existe des lésions tuberculeuses d'autres organes, ce testicule doit être supprimé à moins qu'il n'y ait une contre-indication tirée de l'état général du sujet;

6° La castration pour les affections tuberculeuses de l'appareil génital, ne doit jamais être pratiquée des deux côtés.

Présentations de malades.

Sténose pylorique simulant un néoplasme, dû à une cholécystite calculeuse, ablation des calculs et gastro-entéro-anastomose.

M. Routier. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter, et qui paraît aujourd'hui forte et robuste, me fut envoyée le 16 février dernier, dans un état de faiblesse extrême touchant à la cachexie.

Depuis huit mois, elle avait des troubles gastriques caractérisés par des vomissements incessants, et elle avait perdu 32 livres.

L'estomac était extrêmement dilaté, on sentait une tumeur dure peu mobile, de la grosseur d'une orange, sous le muscle droit qu'elle débordait à droite. Il y avait des ganglions dans l'aisselle droite.

Cette tumeur était bien un peu trop à droite pour une tumeur du pylore, cependant je dois dire que c'est avec la crainte de trouver un cancer que je fis la laparotomie médiane sous-ombilicale, le 21 février.

Fort heureusement il s'agissait d'une cholécystite avec de fortes adhérences à la paroi, à l'intestin, au côlon transverse et à l'estomac.

J'ouvris successivement six loges, d'où je retirai les six calculs que je vous présente, dont le plus petit est plus gros qu'une noix.

Je libérai le pylore le plus possible, non cependant assez pour pouvoir espérer que je lui aurais rendu son calibre normal, aussi ai-je complété mon opération par une gastro-entéro-anastomose antérieure, à la soie.

La malade, sortie le 19 mars, est, comme vous pouvez voir, en parfait état.

Cholécystite calculeuse suppurée. Ouverture d'un abcès, puis ablation des calculs. Guérison.

M. Routier. — Je profite de cette circonstance pour vous présenter une seconde malade qui vint une première fois dans mon

service pendant mon absence pour des accidents suraigus péritonitiques, et à laquelle le collègue du bureau central qui me remplaçait, ouvrit d'urgence une grosse collection séro-purulente sous-hépatique, sans avoir pu préciser, même au cours de son intervention, un diagnostic exact.

Cette malade guérit, mais conserva une fistule et une masse énorme qui allait du foie à la fosse iliaque; le stylet s'enfonçait à 15 centimètres dans cette fistule.

Le 14 mars, j'ai pratiqué une opération qui a consisté à circonscrire la fistule et à aller chercher la masse. C'était encore une cholécystite calculeuse, contenant encore six calculs.

Craignant que cette vésicule ouverte à la suite d'un abcès ne fut infectée, je l'ai cousue à la peau, contrairement à ma pratique habituelle, vous savez que j'ai insisté sur ce point à plusieurs reprises. Je considère comme inutile et même nuisible, la suture de la vésicule aux parois, c'est là l'origine de fistules interminables.

Il reste ici une petite fistule qui ne fatigue pas la malade, tout son ventre est souple; j'espère, par la destruction de la muqueuse de la vésicule au thermo-cautère, faire fermer cette fistule.

M. Tuffier. — Je rappelle le mémoire que j'ai écrit avec M. Marchais sur les sténoses du pylore d'origine hépatique. Depuis, j'en ai rencontré d'autres cas; la thérapeutique ne peut pas en être fixée. Il faut cependant savoir que les adhérences s'améliorent quand on a enlevé les calculs et ouvert la vésicule.

M. Hartmann. — Je demande la parole au sujet du diagnostic des tumeurs de l'estomac. Il est un mode de recherches, employé par les médecins et un peu trop négligé peut-être par nous. C'est l'insufflation de l'estomac, obtenue très aisément avec de l'acide tartrique et du bicarbonate de soude, l'estomac insufflé se dessine sous la paroi. On peut le percuter aisément, limiter plus facilement la tumeur; enfin, à l'aide du phonendoscope, on peut vérifier le fait suivant: si les vibrations se produisent quand on gratte l'estomac, la tumeur appartient bien à cet organe. On peut ainsi arriver à un diagnostic formel.

M. Guinard. — Aux poudres effervescentes, je préfère le procédé beaucoup plus simple qui consiste à insuffler l'estomac avec la soufflerie du thermo. Le malade avale assez aisément le tube souple comme un long macaroni. J'ai décrit ce procédé, voilà trois ans, dans le *Traité de chirurgie*.

M. Hartmann. — Roux n'est pas non plus pour les poudres effer-

vescentes, il préfère souffler lui-même, afin de pouvoir limiter l'insufflation. Je crois pourtant, pour l'avoir pratiqué nombre de fois, que l'insufflation par les poudres effervescentes est d'une parfaite innocuité.

Modification opératoire à la trépanation du crâne avec perte de substance permanente de l'os et de la dure-mère. Présentation du malade.

M. Tuffier. — Le malade que je vous présente est un épileptique de vingt-deux ans, ayant des attaques quotidiennes depuis l'âge de neuf ans. Tous les traitements médicaux et chirurgicaux ont échoué. Vous savez que Kocher, au Congrès des chirurgiens allemands tenu ces jours derniers, a défendu l'opinion qui veut que les récidives du mal après trépanation soient dues à la cicatrisation osseuse de l'orifice — opinion déjà exprimée sous une autre forme, par MM. Lucas-Championnière et Lannelongue, et appuyée sur les recherches cliniques et expérimentales de M. Berezowsky, agrégé de Moscou, qui a insisté sur ce fait que cette cicatrisation osseuse se fait aux dépens du périoste, de l'os ancien et de la *dure-mère*. La résection de la dure-mère est nécessaire pour assurer la permanence de cette diminution de tension, mais elle laisse le cerveau à nu et sa substance peut venir se blesser sur le rebord osseux. Pour obvier à cet inconvénient, aussi bien que pour empêcher l'hémorragie du diploë, M. Berezowsky, qui a suivi mon service et m'a communiqué son mémoire, conseille de border cet orifice par la dure-mère, et a exécuté son opération sur des animaux. Son exécution chez l'homme est subordonnée au fait de la tolérance de cette membrane qui pouvait réagir après suture. Elle n'a été faite par aucun chirurgien sur l'homme. En tous cas, ni M. Chipault, ni lui-même, ne l'ont pratiquée. J'ai, sur le conseil de M. Berezowski, pratiqué deux fois cette opération, et je vais vous présenter un des malades. Voici en somme en quoi elle consiste. Après avoir pratiqué une large craniectomie et avoir détruit le périoste, on pratique à la dure-mère quatre volets qui sont rabattus en laissant deux ponts à angle droit.

Chez le malade que je vais vous présenter, j'ai fait une trépanation avec ablation du lambeau osseux de la largeur de la paume de la main, puis j'ai réséqué la dure-mère, de façon à laisser une collerette de 1 centimètre. J'ai rabattu cette collerette, et je l'ai cousue au périoste du bord de la perte de substance. Réunion par première intention.

Le procédé de Berezowski me paraît avoir plus eurs avantages : 1° il assure la permanence d'un orifice souple, expansible, formant une soupape de sûreté durable et efficace; 2° le suintement sanguin du diploé des os du crâne se trouve arrêté par cette simple compression, et tous ceux qui ont quelque pratique de la chirurgie cranienne savent sa persistance fréquente; 3° cette perte de substance définitive ne présente aucun danger, pas un des malades observés à longue portée (dix et vingt ans) n'a eu d'accident dû à un traumatisme de cette région dépourvue de paroi rigide; 4° le cerveau trouve, au lieu des bords osseux souvent irréguliers et menaçants, une surface lisse physiologique; 5° il n'y a aucun danger de hernie cérébrale.

M. Lucas-Championnière. — La question de la décompression cérébrale a été fort travaillée ici, au sein de la Société. Il était regrettable de voir à cette époque citer Bergmann qui avait fait deux opérations, alors que j'en avais fait au moins quarante-cinq.

Il en est de même aujourd'hui pour Kocher qui ne saurait avoir là-dessus une grande expérience.

J'ai indiqué que la tension cérébrale était le phénomène capital, et c'est pour cela que la résection temporaire est illusoire. Le lambeau osseux remis en place fait perdre le bénéfice de l'opération contre le vertige ou la douleur, tandis qu'on peut arriver à une thérapeutique définitive.

Quant à la restitution de la matière osseuse dans les orifices de trépanation, elle est insignifiante. Dans les trépanations de 18 millimètres ou de 22 millimètres de diamètre, il se produit un fond très dur qui ressemble à de l'os, mais qui n'est que du tissu fibreux. Quand on pratique, comme je l'ai fait, des trépanations de 6, 7, et 8 centimètres de diamètre, je n'ai jamais vu de reproduction osseuse, et cependant, il se reproduit de l'hypertension intracranienne, contre laquelle il faut renouveler la trépanation.

J'ai fait remarquer que chez les épileptiques, un des phénomènes de l'hypertension se traduit par la coloration bleuâtre des mains, qui deviennent roses le lendemain d'une trépanation, mais qui redeviennent violettes cinq à six semaines après.

Il faut laisser certainement une porte ouverte avec ces fortes trépanations, et cependant il faut y revenir.

La dure-mère s'écarte toute seule, s'il y a tension intra-cérébrale, les lambeaux se rétractent, et si vous enlevez trop de dure-mère, vous êtes menacé de hernie cérébrale. Je ne vois pas l'utilité de border les bords osseux.

Je crois qu'il faut faire des trépanations larges, et si le vertige et les douleurs reparaissent, trépaner à nouveau. J'ai un certain

nombre de malades qui, ainsi traités, sont définitivement guéris.

On a essayé de faire un lambeau temporaire ou de transplanter de l'os pour le reproduire, ce sont des procédés qui, à mon sens, n'ont pas d'intérêt, car dans 98 p. 100 des cas, c'est la décompression qu'il faut obtenir, je ne vois donc pas l'utilité de remettre le bouchon. Je ne vois pas non plus la nécessité de remplacer la paroi molle par une paroi dure; sur plus de cinquante malades que j'ai opérés, j'en ai vu qui ont eu à nouveau des attaques d'épilepsie, je n'en ai pas vu un seul présenter des accidents du fait de sa cicatrice.

M. Tuffier. — Il ne me paraît pas logique de laisser la dure-mère, si l'on veut avoir une décompression permanente : c'est le fait nouveau sur lequel nous insistons. En la suturant au péricrâne, on obtient du même coup l'hémostase de l'os et un orifice bordé physiologiquement ; on crée une soupape de sûreté permanente définitive qui garde l'élasticité nécessaire à son bon fonctionnement, et qui précisément rendra inutile une trépanation ultérieure.

M. Tuffier présente une deuxième malade, atteinte d'une *tumeur intermittente de la fosse iliaque droite*, due à la *ptose du côlon transverse* qui était en outre adhérent dans cette fosse iliaque, ce qui occasionnait des crises d'*occlusion intestinale intermittente.*

La laparotomie a permis de remédier à ces inconvénients en pratiquant la *colopexie* du côlon transverse.

M. Brun. — J'ai rencontré la même chose sur un enfant que j'ai opéré pour une appendicite, il doit s'agir de ce qu'on a appelé le mégalo-côlon congénital.

M. Michaux. — J'ai vu deux fois cette disposition coïncider avec des pyo-salpynx.

Kyste dentifère du maxillaire supérieur,

par M. Paul Berger.

Le jeune M. P..., âgé de treize ans et demi, m'a été amené au commencement de l'année avec un kyste développé à droite de la ligne

médiane, sur la face antérieure du maxillaire supérieur et proéminant à la joue, dans le sillon gingival et à la voûte palatine. Il y a deux ans et demi que le malade s'est aperçu de l'existence d'un gonflement à la joue, gonflement qui a gagné et fait disparaître le sillon qui sépare celui-ci de la face latérale du nez; l'augmentation du volume a été graduelle; dans ces derniers temps seulement, quelques douleurs irradiant vers la tubérosité maxillaire et vers l'oreille ont accompagné cet accroissement de volume.

A l'inspection de la bouche, on trouve toutes les dents de la rangée supérieure en place, mais l'incisive médiane supérieure droite et aussi un peu l'incisive latérale sont déviées et leur bord tranchant est déjeté en dehors; elles paraissent un peu ébranlées, mais cette mobilité anormale est due à la diminution de consistance des bords alvéolaires qui les supportent. En relevant la lèvre supérieure on voit une saillie notable, bosselée, qui soulève la muqueuse du sillon gingival et qui a la coloration noire des kystes de la mâchoire; une grosse bosselure dépasse la ligne médiane et proémine du côté gauche du frein de la lèvre supérieure. Ces bosselures sont fluctuantes; on peut renvoyer la fluctuation de cette partie de la tumeur à celle qui soulève les téguments de la joue. On trouve aussi, au côté droit de la voûte palatine, en arrière du bord alvéolaire, une saillie qui soulève la muqueuse, fluctuante elle aussi et constituée par la même collection que celle qui proémine à la joue et dans le sillon gingival. Les caractères sont ceux qu'on aurait autrefois considérés comme propres aux kystes radiculo-dentaires, aux kystes périostiques du maxillaire.

Le 16 février dernier, j'ai excisé largement toute la paroi antérieure de la cavité kystique proéminant dans le sillon gingival; cette paroi se composait d'une mince couche ostéo-cartilagineuse, recouverte par la muqueuse gingivale en dehors et tapissée en dedans par une membrane lisse ayant tous les caractères d'une muqueuse. Une certaine quantité de liquide épais et comme gélatineux s'est écoulée par la large brèche ainsi créée. Celle-ci a admis l'introduction du doigt, et a permis de constater que la cavité, très vaste, était indépendante du sinus maxillaire; qu'elle dépassait la ligne médiane pour se continuer du côté opposé; qu'elle se prolongeait en arrière jusqu'à la voûte palatine qui était détruite et où le kyste n'était plus séparé de la bouche que par la muqueuse; qu'en haut elle refoulait la paroi du sinus maxillaire vers le plancher de l'orbite. Le bord alvéolaire était ébranlé et en partie détruit. Sur le plancher de cette cavité, un peu à droite de la ligne médiane, était implanté un corps dur, saillant en haut et tranchant, qu'au premier abord on prit pour la racine d'une des incisives, mais qu'un examen plus attentif fit reconnaître comme étant une dent surnuméraire développée sur la paroi inférieure de la cavité kystique et faisant saillie dans cette dernière. On voyait, en effet, une couronne d'un blanc nacré, recouverte d'une couche d'émail régulière, et ayant absolument l'aspect de la couronne d'une incisive. Cette dent fut laissée en place quelques jours, pendant lesquels la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée. C'est l'aspect de cette cavité largement ouverte, comme elle l'était alors

et présentant à sa partie inféro-interne la saillie de la dent anormale, que représente le dessin dû à M. Leuba. Au bout de quelques jours, cette dent fut extraite ; un coup de curette suffit pour la détacher. Elle était formée d'une couche d'émail étendue sur une masse de dentine ne présentant qu'une saillie radiculaire tout à fait rudimentaire.

Depuis ce temps, la cavité du kyste s'est graduellement et très notablement rétrécie ; son orifice est resté largement béant néanmoins, grâce à la résection étendue qui avait été faite de la paroi antérieure de ce kyste. Cette cavité est néanmoins assez vaste encore, mais des lavages faits par le petit malade suffisent pour la maintenir en bon état de propreté. Mon intention est de la laisser ouverte le plus longtemps possible ; c'est la conduite qui m'a, jusqu'à présent, toujours réussi dans le traitement des kystes de cette espèce.

Cette observation est intéressante :

1° Parce qu'on y voit un kyste appartenant à la catégorie des kystes désignés autrefois sous le nom de kystes dentifères présenter tous les caractères cliniques des kystes périostiques dont Broca, Magitot et les auteurs contemporains faisaient une variété anatomique tout à fait distincte ;

2° Parce que ce kyste ne s'accompagnait d'aucune anomalie par défaut des dents de la rangée correspondante, ce qui ne permet pas d'en expliquer le développement par un arrêt survenu dans l'évolution d'un follicule dentaire.

Ce fait vient donc à l'appui de la théorie soutenue par MM. Malassez et Albarran, théorie qui place dans les débris épithéliaux paradentaires l'origine commune des kystes des mâchoires considérés autrefois comme des espèces distinctes sous les noms de kystes dentifères ou folliculaires et de kystes périostiques ou radiculo-dentaires.

Présentation de pièces.

M. Faure présente deux pièces de *cancer du rectum*, opérés par la voie abdomino-périnéale.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Monod présente à la Société un travail de M. Carlier, sur la *ligature totale du cordon, sans atrophie du testicule.*

M. Broca présente : 1° une observation de M. Delanglade, sur un cas de *phlébite des sinus ;*

2° Une observation de M. Chavannas, sur l'*anurie dans le cancer utérin.*

A l'occasion du procès-verbal.

Résection du nerf maxillaire supérieur.

M. Potherat. — Permettez-moi de revenir un instant sur la communication qu'a faite notre collègue M. Poirier, dans la dernière séance, à propos de la résection du nerf maxillaire supérieur.

M. Poirier fait connaître un nouveau procédé de résection de ce nerf dans la fente ptérygo-maxillaire. Mais en outre, il adresse au procédé qu'a vulgarisé chez nous mon excellent maître M. Segond, des critiques qui ne sont pas, à mon avis, absolument justifiées et auxquelles je vous demande la permission de répondre.

L'opération de Lossen-Braun-Segond « par la résection temporaire de l'arc zygomatico-malaire, prend une notable importance », dit M. Poirier.

Si M. Poirier veut, par là, faire entendre que cette résection aggrave de quelque manière que ce soit le pronostic de l'opération je lui répondrai que l'expérience de M. Segond, et la mienne propre, ne justifient en rien cette proposition. Cette résection n'a pas d'importance pronostique. Elle n'en a pas davantage au point de vue du manuel opératoire. Sans doute, elle nécessite l'emploi de la cisaille de Liston, que conseille Guinard, ou de la scie à chaîne que je préfère; mais c'est là une manœuvre facile et de peu de durée. J'ajouterai que la coaptation des fragments est facile, parfaite, rapide, et qu'au bout de huit à dix jours, il est impossible de reconnaître le lieu de la fracture ou de la section.

M. Poirier fait encore cette autre critique : « la cicatrice faciale qu'elle laisse est étendue ». J'accorde à M. Poirier que l'*incision* faciale, est dans le procédé Lossen-Braun-Segond plus grande que dans son procédé, puisqu'à une incision verticale analogue à la sienne s'ajoute une incision horizontale le long de l'arcade zygomatique. L'ensemble toutefois n'est pas bien considérable, et quant à la *cicatrice* qui en résulte, elle n'existe, pour ainsi dire, pas; elle est tout aussi minime, insignifiante qu'elle peut l'être par le procédé nouveau de M. Poirier.

Enfin, notre collègue ajoute, comme dernière critique, que « la mastication reste gênée pendant un temps parfois fort long : je ne vois pas en quoi la résection temporaire de l'arc zygomatique peut influencer la mastication. S'il y a quelques douleurs dans cet acte, dans les premiers jours qui suivent l'opération, cela est dû au traumatisme, d'ailleurs léger, qu'a subi le muscle crotaphite, et qui est d'ailleurs le même dans le manuel opératoire que conseille M. Poirier. Je n'ai, au surplus, dans aucun des cas que j'ai observés, vu ces douleurs persister.

En résumé, les critiques que M. Poirier adresse au procédé Lossen-Braun-Segond n'ont pas la valeur que leur auteur me paraît vouloir leur attribuer. Bien loin d'être fâcheuse, à un point de vue quelconque, la résection temporaire de l'arc zygomatique a un grand avantage; elle ouvre une fenêtre sur la région opératoire, et si l'on songe que cette région en forme de *fente*, est à *4 centimètres* de profondeur; que le nerf passe très obliquement

au sommet du défilé ptérygo-maxillaire, qu'il n'est visible que pendant quelques millimètres, on estimera que cette fenêtre, ce jour jeté dans la profondeur n'est pas inutile. Malgré cette fenêtre, c'est, disent quelques opérateurs, à tâtons qu'on cherche le nerf; *il est impossible d'y rien voir*, dit-on. On n'y voit guère *même sur le cadavre*, ajoute M. Poirier. Je ne partage pas cette opinion. J'a disséqué un grand nombre de pièces; sur le cadavre, on voit *toujours le nerf maxillaire supérieur au vestibule à l'entrée du canal sous-orbitaire.* Veut-on le voir plus loin, vers son émergence du crâne, il faut abattre cette saillie osseuse que j'ai appelée « tubercule ptérygoïdien » du sphénoïde, et sur laquelle s'attache un fort trousseau du muscle ptérygoïdien externe.

Donc, sur le cadavre, on peut voir le nerf maxillaire supérieur, et cela dans toute la traversée du sommet de la fente ptérygo-maxillaire.

Sur le vivant, on le voit moins aisément, parce que l'écoulement sanguin, quoique peu abondant, est suffisant pour donner à l'ensemble une couleur rosée. Mais si l'on ne voit pas bien *le nerf*, on voit *très bien les parois de la fente ptérygo-maxillaire;* aussi, les tentatives, si tentatives il y a, pour accrocher le nerf, seront forcément limitées, dans un champ visible et très restreint.

En somme, on marche méthodiquement, étape par étape, dans une voie où les repères sont nombreux, et *en voyant* ce que l'on fait.

Dans le procédé de M. Poirier, dès que la peau est incisée, on va à tâtons absolument; on n'a plus pour se guider, dans une région très restreinte, et à une profondeur de 4 centimètres, que les sensations recueillies par la lame mousse d'une rugine, ou l'extrémité d'un stylet, et c'est de cette manière qu'il faudra reconnaître la face externe de l'apophyse ptérygoïde, le pourtour de la voûte sphénoïdienne, de la fente, enfin charger le nerf lui-même. Je ne doute pas qu'on n'y arrive, puisque M. Poirier y est arrivé, et que guidés par lui, deux de ses élèves y sont aisément parvenus, nous dit-il; mais je ne crois pas que le manuel qu'il nous fait connaître rende l'opération plus facile, plus sûre et plus rapide.

Et lorsqu'en présence du crâne que je vous présente, on se reporte à la description très claire que nous a donnée de son procédé M. Poirier, on remarque : 1° que le stylet ou la rugine qui suit le bord supérieur de l'arc zygomatique, au niveau de la suture zygomatico-malaire, tombe notablement au-dessus de la fente ptérygo-maxillaire, dans la fosse temporale même, sensiblement au-dessus de la crête qui sépare, sur le sphénoïde, la fosse ptérygoïde de cette fosse temporale, d'où la nécessité de lui donner une inclinaison

difficile à apprécier à l'œil nu, et d'ailleurs variable avec chaque sujet. 2° Que la rugine ou le stylet tombent fatalement sur le tubercule ptérygoïdien où s'insère le muscle ptérygoïdien externe, que, par suite, l'instrument, pour doubler ce cap, est obligé de se porter en avant, vers l'orbite; qu'enfin, le nerf sera accroché dans cette direction, seulement, tout près donc de l'entrée du canal sous-orbitaire et relativement loin du trou vidien. Comme conséquence, le plexus ou le ganglion de Meckel, échappera plus sûrement à la destruction qu'on recherche par l'opération.

J'ai dit et répété que dans l'opération Lossen-Braun-Segond, ce tubercule était, dans nombre de cas, sur l'homme surtout, un obstacle à la résection en arrière, obstacle qu'il était aisé de faire sauter d'un coup de gouge; mais je reconnais qu'à la rigueur on peut encore, sans réséquer ce tubercule, passer par en dessous, les fibres du ptérygoïdien externe étant réclinées fortement en arrière, et atteindre le nerf à la sortie du crâne. Mais cela est possible, parce que l'arc zygomatique est écarté, qu'on n'est pas gêné, pour se porter *de bas en haut*. Il en va tout autrement, dans le procédé de M. Poirier, puisque c'est de *haut en bas* qu'on agit, que le champ opératoire est réduit à une fente admettant tout juste l'instrument à travers graisse et muscles, et qu'on ne peut éviter enfin le cap d'insertion musculaire qu'en se portant en avant vers l'orbite.

Pour ces diverses raisons, tout en rendant un juste hommage à la sagacité anatomique, et à l'habileté opératoire bien connues de notre collègue et ami M. Poirier, je ne crois pas que le procédé de résection du nerf maxillaire supérieur qu'il a conçu et réalisé, doive, dans la pratique, être substitué au procédé Lossen-Braun-Segond.

M. Poirier. — Mon ami Potherat fait grand honneur au procédé que je vous ai proposé dans notre dernière séance pour la résection du nerf maxillaire supérieur, en le discutant avant l'application.

Il dit que la résection de l'arc zygomato-malaire n'a pas grande importance : je ne suis point tout à fait de son avis; cette résection prolonge l'acte opératoire; elle entraîne à sa suite une gêne notable et durable de la mastication; enfin il peut arriver que l'arc zygomato-malaire, qui n'a point été réuni par suture osseuse, mais par des points périostiques s'abaisse aux premières tentatives de mastication et reste à quelques millimètres au-dessous de sa situation normale. Cela se comprend d'autant mieux qu'il ne viendra à personne l'idée que les deux fragments de l'os malaire

puissent être réunis, quand on permet à l'opéré de manger, bâiller ou parler, au bout de quinze jours.

Je ne m'attarderai pas à discuter la question de la cicatrice : évidemment la cicatrice qui succède à une incision rectiligne de quatre centimètres, doit être moins apparente que la cicatrice laissée par l'incision curviligne de huit à dix centimètres exigée pour la résection de l'arc zygomato-malaire.

Mais, dit Potherat, la résection de l'arc zygomato-malaire ouvre une large fenêtre sur la région. En cela, je suis tout à fait d'accord avec lui : la fenêtre largement ouverte éclaire... l'antichambre de la région où l'on doit aller chercher le nerf. On voit, dit-il, le nerf à son entrée dans le canal sous-orbitaire. Sans doute, on le voit, mais là où il faut se garder de le saisir, sous peine de faire une opération inutile; et jamais, en dépit de la fenêtre largement ouverte, on ne voit dans la fente ptérygo-maxillaire, c'est-à-dire là où il faut le prendre pour faire une bonne opération. Vous finissez *à tâtons*, une opération commencée méthodiquement, et vous avez ouvert une large fenêtre pour reconnaître enfin qu'il est *impossible de rien voir*.

Je répète donc que si l'on peut économiser la résection de l'os malaire, diminuer la cicatrice et ne pas courir risque de gêner la mastication, tout en arrivant sûrement au même résultat, on aura accompli un bon progrès.

Or, avec les points de repère que j'ai donnés, et je ne les ai pas trouvés du premier coup, je crois que l'on peut arriver sans grands frais et avec peu de tâtonnements sur le nerf pour e prendre en bon lieu. Sur le crâne que nous présente Potherat, la chose est très faisable en suivant les règles que j'ai données; lorsque le tubercule de la crête sphénoïdale est très développé, on le reconnaît facilement avec la pointe de l'instrument et on le contourne pour passer en arrière. J'avais oublié de mentionner ce point dans mon exposé rapide, et je suis heureux qu'on m'ait donné l'occasion de combler cette lacune.

M. Potherat. — Vous concluez de votre procédé que l'on n'y voit pas, moi je conclus du mien que l'on y voit. Vous dites que pour exécuter ce procédé aisément il faut faire dix à douze essais infructueux sur le cadavre; sur le vivant, combien faudrait-il en pratiquer?

A propos de la trépanation.

M. Picqué. — J'ai regretté de n'avoir point assisté à la communication de M. Tuffier sur la trépanation. Je lui aurais demandé à quelle variété d'épilepsie s'applique son opération. J'ai rencontré un grand nombre d'épilepsies essentielles et ai vu pas mal de trépanations dont le résultat a été nul.

J'ai vu entre autres, un malade sorti de l'asile avec un certificat de guérison, il avait été trépané déjà deux fois, et Babinsky auquel je l'ai montré, parlait d'une troisième trépanation. Ce malade avait de l'automatisme ambulatoire et des impulsions criminelles, s'étant livré à des voies de faits sur des infirmières de l'hospice.

J'ai pu suivre un grand nombre de malades et me rendre compte qu'au bout de huit à dix mois, ces malades guéris soi-disant avaient encore des attaques ou des troubles mentaux.

Aussi je crois que dans l'épilepsie essentielle, il y a autre chose à considérer que la décompression cérébrale.

M. Tuffier. — M. Picqué sort de la question, je n'ai voulu parler que d'un procédé opératoire de décompression cérébrale. Je suis tellement convaincu de l'inanité de la trépanation contre l'épilepsie essentielle, que je n'en ai pratiqué qu'un seul cas dans ma vie, celui que je vous ai présenté.

Discussion sur la tuberculose testiculaire.

M. Routier. — Si j'ai demandé la parole dans cette discussion, c'est qu'après avoir été longtemps partisan de l'ablation des testicules tuberculeux, j'ai complètement changé de manière de voir et de manière de faire, et cela pourrais-je dire, à mesure que mon expérience s'est accrue.

Il me semble bon, par conséquent, de faire valoir les raisons qui m'ont conduit à ce changement radical dans la thérapeutique de la tuberculose testiculaire.

Elève de Terrillon, imbu des idées classiques sur la tuberculose, comme lui, je considérais les noyaux tuberculeux comme un foyer, d'où part l'infection générale, foyer qu'il faut par conséquent supprimer aussi vite que possible.

C'était l'époque où nous enlevions les ganglions du cou suppurés et non suppurés.

A plus forte raison, l'ablation du testicule s'imposait, car la localisation dans cette glande semblait si parfaite, qu'elle devait ou semblait devoir fournir le triomphe à l'action chirurgicale.

Dès le début de ma pratique, je n'ai pas hésité à enlever les testicules tuberculeux que j'ai pu observer. L'opération par elle-même ne m'a jamais donné d'accident, pas un de mes malades n'est mort du fait de l'ablation de son testicule, et je n'ai pas eu de ces cas de tuberculose aiguë ou méningitique pouvant être donnés comme la répercussion de mes opérations.

J'ai au contraire à signaler des cas très encourageants, qu'on peut qualifier de guérison radicale, car les opérations remontent à huit et à dix ans.

Je choisissais mes cas bien entendu, et n'opérais que des sujets chez lesquels la tuberculose me semblait bien localisée au testicule.

Je considérais comme une contre-indication la bilatéralité des lésions, ou encore, la tuberculose remontant haut sur le cordon, à plus forte raison, la tuberculose des vésicules séminales ou de la prostate.

Si l'ablation du testicule peut avoir une certaine influence sur le volume réel ou apparent de la prostate, j'aurais peu de confiance dans son efficacité sur la marche des lésions tuberculeuses de cet organe, comme a semblé l'indiquer M. Berger.

Malheureusement, le testicule n'est pas un organe indifférent, et j'estime qu'il y a beaucoup à tenir compte de l'effet moral qui peut accompagner sa suppression.

L'ablation d'un testicule tuberculeux ne nous assure pas du tout l'immunité pour l'autre, or, j'ai dit que je suis formellement opposé à la castration bilatérale, c'est-à-dire que si les deux testicules sont atteints de tuberculose, je ne crois pas qu'on doive les supprimer tous les deux.

Cependant, malgré toutes ces précautions prises dans le choix des malades, deux fois, j'ai dû à six mois d'intervalle enlever leur second testicule à des malades que j'avais amputé du seul testicule malade au moment de mon intervention.

Heureusement, il s'agissait de deux hommes âgés, l'un avait soixante-deux ans, l'autre soixante-sept ans ; ils ont assez philosophiquement fait abandon de leur deux testicules.

J'ai pu retrouver le premier de ces malades que j'opérai dans la clientèle de mon ami le Dr Lafage : il a aujourd'hui soixante-douze ans, il y a donc dix ans que je l'ai opéré pour la première fois et neuf ans et demi que j'ai enlevé son second testicule. Il se porte parfaitement, mais cependant, je dois signaler une douleur violente qu'il accuse depuis quelques mois sur son

tibia droit, sans qu'il soit possible de bien en déterminer la nature.

C'est une fort pénible extrémité que d'être amené à pratiquer la castration double, tous les malades ne sont pas d'humeur à l'accepter, surtout, ce qui n'est pas rare dans la tuberculose génitale, si ce sont des sujets jeunes.

J'ai été fort impressionné par un cas de ce genre que j'ai observé il y a cinq ans environ.

Un homme jeune me fut adressé il y aura cinq ans en mai pour une tumeur du testicule qu'on avait qualifiée de sarcome; je n'acceptai pas ce diagnosctic et déclarai qu'il s'agissait de tuberculose testiculaire, au grand étonnement de son médecin et malgré la très belle apparence de santé que présentait le sujet.

La maladie était bien localisée au testicule, ou pour être plus exact à l'épididyme et au testicule qui formaient une tumeur grosse comme un œuf de dinde. J'enlevai ce testicule en liant le cordon assez haut, et sans ouvrir la vaginale, comme je fais toujours pour toutes les castrations.

Le cordon laissé en place, la vésicule, la prostate, étaient parfaitement sains.

L'anatomie pathologique confirma mon diagnostic, il y avait un gros abcès de l'épididyme et du corps d'Highmore.

Les suites furent des plus simples et le malade rentra chez lui.

Pénible fut ma surprise, quand je le vis revenir au mois d'août suivant, l'autre testicule se prenait. Je profitai de l'été pour lui faire suivre un traitement aidé de la cure saline, mais en octobre, et malgré tous mes soins, il fallait ouvrir un abcès du testicule restant.

Il n'aurait pas fallu songer à une opération plus radicale, le malade qui avait accepté très facilement l'ablation du premier testicule, me déclarait que s'il fallait amputer le second, il se suiciderait.

J'ouvris donc cet abcès, je cautérisai les parois au thermo-cautère, au chlorure de zinc, et peu de temps après, il ne restait qu'une petite fistulette insignifiante.

Depuis cette époque, cinq ans se sont écoulés, il y a eu des alternatives de guérison absolue, puis reproduction de petits abcès, mais l'état général s'est maintenu bon, et des nouvelles récentes m'ont appris que la guérison durait depuis trois ans, et que les fonctions génitales ne laissaient rien à désirer.

Cette rechute si rapide succédant à l'ablation du testicule m'a rendu plus réservé, et sauf chez des malades âgés, pour lesquels la perte du ou des testicules ne compterait pas, je suis devenu très conservateur, je me suis contenté des opérations économiques, et

vraiment elles m'ont donné des résultats plus satisfaisants que l'amputation.

Depuis que j'ai pris la direction du service de Necker, j'ai vu beaucoup plus de tuberculoses génitales; au point de vue du traitement, je suis arrivé à les classer en trois catégories qui correspondent au degré d'évolution du mal, sans tenir compte de l'état général ou de l'état des voies urinaires.

Dans une première catégorie, je range les malades qui ont des nodosités épididymaires ou funiculaires.

Dans une seconde, ceux qui ont déjà un ou plusieurs abcès.

Dans une troisième, ceux qui ont des fistules, ou un fongus.

Pour les malades de la première catégorie, je proscris tout traitement chirurgical, je fais porter un suspensoir ouaté, et j'institue un traitement général hygiénique, forte nourriture, vie au grand air, climat salin, huile de morue, suppositoire iodoformé.

Quand il y a des abcès, je les ouvre, assez largement. au thermocautère, je grille les parois, et au cours du traitement, je touche au chlorure de zinc, les parois bourgeonnantes jusqu'à cicatrisation.

Même conduite pour les fistules dont je grille les trajets.

Dans les rares cas de fongus, plutôt que de sacrifier l'organe, je préfère sacrifier au thermo tout le fongus, et je cautérise ferme la surface de section.

En somme, je conserve le plus possible la glande séminale, persuadé que le bien moral qui en résulte pour les malades, l'emporte sur toutes les autres considérations, étant donné surtout qne l'ablation du testicule tuberculeux, si hâtive soit-elle, ne met pas à l'abri d'une récidive dans celui qui reste, pas plus que d'une généralisation possible dans l'organisme.

M. Berger. — On ne peut certainement pas répondre que par la castration on fera rétrocéder les lésions prostatiques, mais il m'est arrivé de voir très améliorées, deux ans après la castration, des vésicules primitivement douteuses dont je ne retrouvais plus les lésions. Je n'ai jamais vu chez un de mes opérés, l'autre testicule se prendre. J'ai vu des fistules persistantes, la prostate être envahie; je crois donc que cela doit être rare.

Je ne suis pas d'avis de pratiquer la castration d'emblée, on ne doit la faire qu'après avoir longtemps observé le malade, je suis devenu partisan de l'ablation du testicule avec ablation totale du canal déférent, parce que je n'avais pas été satisfait des opérations partielles qui me donnaient des fistules interminables, j'en conclus que nous avons dû observer des cas différents.

M. Poirier. — A l'appui de ce que M. Berger nous a dit de la

rétrocession possible des lésions de la prostate et des vésicules séminales à la suite de la destruction des foyers épididymo-testiculaires, je citerai le cas suivant. J'ai été consulté l'an dernier pour un jeune homme de quatorze ans atteint d'orchi-épididymite tuberculeuse bilatérale, fistuleuse d'un côté, avec lésions manifestes de la prostate et des vésicules, le tout compliqué d'amaigrissement et de sueurs nocturnes. Embarrassé sur la conduite à tenir, j'adressai le malade à mon maître et ami Berger qui me conseilla de détruire au thermo-cautère les foyers testiculaires. Ainsi, fis-je; il me fallut y revenir un mois après, parce que je n'avais pu tout détruire dans la première séance. Dès que le malade put se lever, et venir à Paris je l'adressai à Chauffard qui reconnut des sommets plus que douteux et conseilla avec un traitement général, une saison au Mont-Dore. Le malade est revenu de là-bas engraissé, mangeant bien, presque guéri; les plaies sont complètement cicatrisées et fait remarquable, la prostate a repris son volume normal.

M. Routier. — L'observation de M. Poirier vient absolument à l'appui de mes idées; je n'ai pas dit que les lésions tuberculeuses ne pouvaient pas rétrocéder, j'ai dit seulement que l'ablation du testicule ne me paraissait pas un moyen radical à ce point de vue.

M. Michaux. — J'ai mis en œuvre les deux méthodes : deux fois, à la suite de la castration, j'ai observé des tuberculoses généralisées; depuis lors, je refuse presque systématiquement la castration. Quand la tuberculose est tout à fait limitée à l'épididyme, au testicule avec ou sans fistule, lorsque l'évolution est lente, je me suis bien trouvé des méthodes conservatrices et particulièrement des injections interstitielles de chlorure de zinc et surtout de naphtol camphré. Je me souviens notamment d'un employé de l'Ouest, qui avait un testicule pris, qui après cinq mois de traitement, a conservé un moignon testiculaire et n'a pas de poussées tuberculeuses. Je partage donc l'avis de M. Routier.

L'ablation du testicule, me paraîtrait peut-être indiquée, dans les tuberculoses à évolution rapide bien localisées, surtout chez des sujets jeunes, mais elle entraîne un pronostic sérieux.

M. Tuffier. — La question de la tuberculose testiculaire est tellement variée qu'il faut distinguer des formes très bénignes, j'en connais qui évoluent lentement depuis quinze ans, et d'autres qui sont tellement rapides, qu'il ne me paraît pas possible de réglementer la thérapeutique de la tuberculose testiculaire.

Communication.

Gastrorraphie et gastropexie combinées,

par M. HENRI HARTMANN.

La chirurgie stomacale étant actuellement à l'étude, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de résumer brièvement devant vous l'histoire d'une malade, chez laquelle j'ai pratiqué simultanément une gastrorraphie combinée à une gastropexie pour une dilatation et une dislocation verticale de l'estomac, ayant amené une cachexie telle qu'au premier abord on aurait pu supposer qu'on se trouvait en présence d'une néoplasie cancéreuse.

OBSERVATION. — *Dilatation et dislocation verticale de l'estomac. État cachectique. Gastrorraphie et gastropexie combinées. Guérison.*

Mme C. B..., nous est adressée par le Dr Boureau. Elle est âgée de trente et un ans et est malade depuis deux ans. Elle a commencé par ne plus pouvoir boire du vin, la moindre ingestion de ce dernier lui occasionnant une sensation de brûlure. En septembre 1876, elle cesse donc complètement de boire du vin, mangeant cependant encore un peu. En janvier 1897, elle se met au régime exclusif du lait et vit ainsi pendant un an. En janvier 1898, elle cesse même le lait qui reste sur l'estomac, ne prend que de l'orge miellé, un peu de fromage de chèvre et des échaudés. Jamais elle n'a eu de vomissements. Depuis deux ans, constipation intense qui ne cède qu'à des lavements ou à de l'huile de ricin. Les règles ont cessé de paraître depuis un an.

Mère bien portante, père mort à quarante-neuf ans d'une affection stomacale.

La malade avait, à part une scarlatine, toujours joui d'une bonne santé; elle a eu deux enfants, le dernier il y a cinq ans.

État actuel. — Malade extrêmement pâle, à chairs flasques, d'apparence cachectique. L'insufflation de l'estomac fait constater une dilatation et une dislocation verticale de l'organe.

L'estomac est sondé après un jeûne de douze heures, on n'obtient aucun résidu alimentaire, même après un lavage.

Examen, par le Dr Soupault.

Un repas d'épreuve est donné, puis extrait au bout d'une heure.

Acidité totale	1,45
Vert brillant.	réaction positive.
Gunzbourg.	pas de réaction.

Par le perchlorure de fer, la réaction lactique manque. Les peptones existent en abondance, le sucre est abondant. Avec l'eau iodée, on a la réaction de l'achroodextrine.

Chlorométrie.	Chlore total	2,98
	Chlore fixe.	1,55
	Chlorhydrie	1,47

Urines, 290 centimètres cubes par jour; neutre, densité, 1017; urée, 17 gr. 8 par litre; indican; cristaux de phosphate neutre de chaux.

Le poids de la malade est tombé de 52 kilogrammes à 32 kilogr. 500.

13 octobre 1898, *gastrorraphie* et *gastropexie*, par H. Hartmann; chloroforme, Boureau; aides; Gosset et Guillemin. — Par une incision médiane sus-ombilicale, nous attirons l'estomac abaissé, nous faufilons quatre soies au niveau de l'antre du pylore dilaté, puis les nouons après les avoir serrées. Ayant gardé les chefs de ces fils longs, nous les repassons à travers le péritoine pariétal et le tissu sous-jacent au niveau de la face profonde des côtes à gauche, sous la voûte diaphragmatique. L'estomac reprend alors une apparence normale, le pylore se trouvant immédiatement au-dessous du foie.

Les *suites opératoires* ne présentent rien de particulier, nous alimentons peu à peu la malade qui digère maintenant bien ce qu'elle prend. L'état général s'améliore notablement.

Poids :	le 12 octobre, veille de l'opération . .	32 kil. 500
—	6 novembre.	35 —
—	20 novembre.	38 —
—	15 décembre.	38 —
—	10 janvier 1899.	47 —

Si je vous ai relaté l'histoire de cette malade, c'est parce qu'il s'agit là d'une intervention rarement pratiquée.

Bircher (1), Robert F. Weir (2), Brandt (3), W. Ewart et W. Bennett (4), Borelius (5), Nicolaysen (6), Schattuck, Porter et Wright (7), Roux (8), Moinihan (9), Tricomi (10), J.-L. Faure (11) chez nous, ont pratiqué la gastrorraphie. Caselli (12) et Luigi A. Oliva (13) l'ont étudiée expérimentalement.

La gastropexie a été faite à Lille par Duret (14).

Il n'existe pas à ma connaissance d'observation, où l'on ait combiné la gastrorraphie et la gastropexie. C'était chez notre malade la seule intervention indiquée, rationnelle puisqu'il s'agis-

(1) Bircher. *Corresp. Bl.-Bl. schweizer Ærzte*, Basel, 1891, n° 23.
(2) Weir (Robert F.). *Trans. amer. surg. assoc.*, 1892, t. X, p. 149.
(3) Brandt, *Centr.-Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1894, p. 361.
(4) Ewart et Bennett. *Lancet*, London, 1893, t. II, p. 8.
(5) Borelius. *Mercredi médical*, 25 décembre 1895.
(6) Nicolaysen. *Ibid.*
(7) Schattuck, Porter et Wright. *Trans. amer. surg. assoc.*, 1897, t. XV, p. 283.
(8) Roux. *Revue de gynécologie*, t. I, p. 1.
(9) Moinihan in Berkeley. *Brit. med. J.*, 1896, t. I, p. 560 et 1177.
(10) Tricomi. *Riforma medica*, Napoli, 1895, t. IV, p. 375.
(11) J.-L. Faure. *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 242 et 249.
(12) Caselli. *Riforma medica*, Napoli, 1895, t. IV.
(13) Oliva (Luigi A.). *Ibid.*, mai 1898, p. 494, 507, 517, 531, 543.
(14) Duret. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 421.

sait d'une dilatation avec ptose, simple dans sa pratique, cette opération combinée nous a donné un résultat excellent. Il y a là une ressource chirurgicale pour les cas rebelles et graves. Mais c'est une intervention qui ne trouvera que rarement son indication, les dilatations simples étant en général curables par le simple traitement médical et les ptoses se trouvant bien du port d'une sangle de Glénard. En présence d'un état réellement cachectique et après insuccès du traitement médical, on pourra cependant recourir à l'opération combinée que nous vous relatons aujourd'hui.

Présentation de pièces.

M. Chavasse présente le temporal d'un malade qui, malgré une intervention malheureusement tardive, a succombé aux suites d'un abcès intracérébral consécutif à une otite ancienne.

Sur la face antérieure, c'est-à-dire cérébrale de la pyramide du rocher, on voit, soulevant la dure-mère, un abcès sous-dural, ayant la forme et le volume d'une moitié de noisette. Il répond au *tegmen tympani* ramolli et perforé. L'ulcération qui siège au point culminant de ce petit abcès venait, à la face inférieure du lobe temporo-occipital droit, au contact d'une portion de substance cérébrale ulcérée et ramollie, au travers de laquelle on pénétrait dans le foyer d'un abcès nettement circonscrit, occupant la partie moyenne du lobe, ayant le volume et la forme d'une grosse datte, enfin communiquant par un étroit pertuis avec le ventricule latéral.

L'ensemble formait donc un abcès en bouton de chemise.

Ce malade était entré dans le service avec tous les symptômes de la compression cérébrale : état comateux, respiration stertoreuse, d'abord régulière, puis du type de Cheyne-Stokes, pouls régulier et très lent à 56, mydriase à droite, résolution musculaire presque complète, anesthésie absolue, sauf sur la moitié droite de la face qui présentait de l'hyperesthésie. La température était de 36°8.

Il a été opéré d'urgence, quelques heures après son arrivée, malgré un état général des plus inquiétants, dès que la famille eut donné les renseignements et l'autorisation nécessaires. 1° *Opération de Stacke* classique en allant de l'antre à la caisse. A noter l'état éburné de l'apophyse mastoïde et la situation anormale du sinus qui fut mis à découvert et reconnu sain dans l'angle posté-

rieur de la brèche osseuse. Fongosités dans l'antre et la caisse. Ostéite et perforation du tegmen tympani. — 2° *Ouverture de la fosse temporale* au-dessus de la caisse. Exploration de l'espace sous-dural à l'aide de la curette qui ramène un peu de pus concret. Incision de la dure-mère qui bombait, mais était animée de battements légers perceptibles au doigt. Hernie spontanée de substance cérébrale ramollie. Ponction au couteau à cataracte, issue de bulles de gaz et de 100 grammes environ de pus verdâtre d'abord bien lié, puis d'aspect séreux, d'une fétidité extrême.

Ce malade était atteint d'otorrhée depuis dix ans, et avait présenté depuis dix jours des douleurs vives dans l'oreille, de la céphalée persistante, de l'insomnie, qui furent mis sur le compte de la grippe, avant son entrée à l'hôpital.

Présentation d'appareil.

Présentation d'un bandage herniaire applicable aux premiers mois de la vie.

M. Félizet. — La contention des hernies inguinales pendant les premiers mois de la vie est extrêmement difficile.

La ceinture de caoutchouc avec pelote insufflée ne sert absolument à rien: quant au bandage à ressort d'acier, vous savez par expérience qu'on n'en doit rien attendre d'utile : trop ajusté, il blesse les tissus ; — trop large, il ne demeure pas en place.

En réalité, la contention est illusoire chez les tout petits enfants.

Nous présentons à la Société un appareil que M. Quatrebard a établi sur nos indications et qui nous a permis de maintenir rentrée la hernie chez des enfants, on peut dire nouveau-nés.

Avant la deuxième année, le bassin n'est pas ouvert et le développement de l'abdomen donne à la partie inférieure du tronc la conformation d'un cône, sur lequel le ressort métallique des bandages ordinaires, glisse et se déplace.

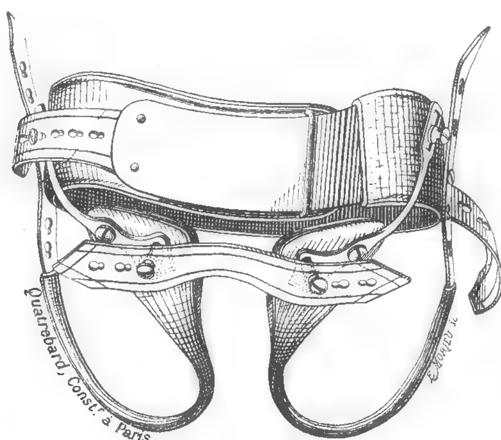
C'est précisément sur le ventre et sur les lombes que nous prenons notre point d'appui, par une large ceinture, moulée exactement et bien garnie.

Sur les côtés de cette ceinture, qui tient bon, s'insèrent deux petites tiges infléchies et tordues, se continuant avec l'*écu* de deux pelotes.

Ces pelotes affectent la forme dite en *bec-de-corbin* : le sous-cuisse en est la continuation.

Alors même qu'il n'y a qu'une hernie, nous appliquons le bandage double, dans le but d'assurer la stabilité de la prise d'appui et la symétrie de l'appareil.

L'ensemble de l'appareil représente donc une large ceinture ventrière supportant deux anneaux formés par les collets, les



pelotes et les sous-cuisses, anneaux dans lesquels les cuisses de l'enfant s'engagent, comme dans des *anneaux* de gymnastique.

Les mouvements des cuisses de l'enfant ne déplacent pas la pelote et les efforts du ventre sont dominés par l'application large et régulière de la ceinture.

Cette ceinture elle-même est forgée de façon à pouvoir être serrée ou relâchée suivant les circonstances.

Les collets, d'autre part, peuvent glisser, de façon à donner à la pelote la courbure et la torsion, que nécessite la contention de la hernie.

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Reynier, qui s'excuse de ne pas assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Berger, qui demande à être nommé membre honoraire ;

4° Deux observations de M. Girou : 1° *Hernie obturatrice ;* 2° *Salpingite.* Elles sont renvoyées à une commission. M. Monod, rapporteur.

A propos de la correspondance.

M. Hartmann dépose sur le bureau, au nom de M. Terrier et au sien, un livre sur la *Chirurgie de l'estomac.*

Discussion

A propos de l'appendicite (clôture).

M. Poirier. — Messieurs, je pense qu'il y a intérêt, intérêt grave, à résumer pour l'instruction de tous, la longue discussion

qu'a provoquée dans notre Société ma communication sur le *traitement* de l'appendicite, à la séance du 12 juillet 1898. — Je le ferai en aussi peu de lignes que possible; cependant, il me sera difficile d'être bref, étant donnés le nombre des orateurs qui ont pris et repris part à la discussion, et la diversité des opinions émises au début de cette discussion.

Prenant base sur l'impossibilité de distinguer dès le début entre les formes légères ou graves, lentes ou foudroyantes de l'affection, la bénignité relative de l'opération et les dangers certains de la temporisation, j'avais conclu : *Sous toutes ses formes, et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible.*

Je dois à la vérité de reconnaître que mon absolutisme opératoire ne provoqua pas tout d'abord un enthousiasme exagéré parmi mes collègues. La formule que j'apportais et qui n'était ni neuve ni mienne, car, dans une autre enceinte, le professeur Dieulafoy avait le premier démontré et affirmé qu'il n'y avait point de traitement médical de l'appendicite et que le devoir était d'opérer toujours et au plus tôt, ma formule, dis-je, parut trop absolue à nombre d'entre nous. — Brun, tout en reconnaissant qu'il est une catégorie de cas d'appendicites septiques dans lesquels l'opération s'impose aussi prompte que possible, nous vanta pour le début de l'appendicite les bons effets du traitement médical, qu'il conseille d'essayer pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. — Mon collègue et ami Routier, tout en déclarant préférer à la formule de thérapeutique chirurgicale que j'avais proposée, la formule de Reclus : « la conduite doit varier suivant la forme des appendicites », formule maintenant abandonnée par son auteur, insista sur la difficulté de distinguer entre les formes qui peuvent attendre et celles dans lesquelles il faut opérer; il termina en disant : « S'il m'est souvent arrivé de regretter la temporisation dans le traitement de l'appendicite, je ne me souviens pas d'un seul cas où j'ai regretté d'avoir agi trop vite. » — Après lui, Ricard protesta vivement contre mes *conclusions intransigeantes* et conclut avec Brun qu'on pouvait et qu'il fallait distinguer entre les cas justiciables du bistouri et ceux qui relevaient du traitement médical. — Ensuite, Broca nous dit courtoisement que s'il paraissait plus raisonnable, au premier abord, de conclure que l'on doit opérer sitôt le diagnostic posé, ce raisonnement est simpliste et erroné. Il nous développa sa pratique, qui consiste à instituer le traitement médical connu, si le sujet n'est pas *encore* sous une menace de péritonite généralisée et si d'autre part, on ne trouve pas les signes locaux d'une collection purulente. « De la sorte, dit-il, on voit souvent la fièvre tomber brusquement et fon-

dre en quelques jours des empâtements considérables. De la sorte, sans doute, on est exposé à laisser évoluer un abcès brusquement capable d'infecter la grande séreuse. » Mais, ajouta Broca, pour les cas habituels, cela n'arrive pas à un chirurgien expérimenté, habitué à surveiller matin et soir le pouls et la température. Hélas, si, cela est arrivé, arrive et arrivera aux chirurgiens les plus expérimentés, s'ils se hasardent à suivre la ligne de conduite indiquée par Broca. J'espère que notre collègue n'en doute plus, maintenant que ces chirurgiens sont venus nous raconter leurs surprises et leur déboires, après qu'ils avaient attendu dans l'expectation armée! Et cela arrivera *très souvent* si l'on attend pour opérer que le malade soit sous une menace de péritonite généralisée, ou que l'on trouve les signes locaux d'une collection purulente!

Après Broca, mon collègue et ami Potherat vint, le premier parmi nous, donner, avec nombreuses preuves à l'appui, une adhésion complète et formelle au principe d'opérer toujours et au plus tôt l'appendicite aiguë, parce qu'il y a danger à attendre.

Après Potherat, Kirmisson, tout en pensant qu'il est des cas d'appendicite plastique, dans lesquels il vaut beaucoup mieux laisser la résolution se faire spontanément, intervient dès que la maladie marche vers la suppuration. Plus tard, accentuant sa formule opératoire, Kirmisson nous dira : « L'appendicite est une maladie chirurgicale; c'est un devoir de dire aux médecins : ne perdez pas de temps. Il faut que pour l'appendicite il se fasse la même évolution que pour la hernie étranglée. »

Jalaguier ne croit pas que l'on puisse arriver à une formule résumant les indications thérapeutiques dans l'appendicite aiguë; l'excision de l'appendice, quelques heures après le début des accidents, lui paraît une opération rationnelle et efficace, ne comportant pas beaucoup plus de dangers que l'excision à froid; mais cela est rarement possible en pratique. Quand l'appendicite, évoluant depuis deux ou trois jours, tend à se circonscrire, il a recours à l'expectation aidée du traitement médical. Par contre, la répétition de petites crises, même insignifiantes, avec douleur précise au point de Mac Burney, lui paraît constituer une indication opératoire de premier ordre.

Walther cependant se refusa à admettre la règle que j'avais formulée « malgré sa clarté et sa précision si séduisantes »; avec Brun et Quénu il répéta la distinction déjà établie, mais sur bases précaires, entre les cas qu'il fallait opérer et ceux qui pouvaient attendre sous le traitement médical. — Schwartz fut d'un avis analogue, avec une tendance marquée à intervenir plus souvent et plus rapidement. — Ensuite, mon collègue et ami Lejars, nous dit en termes précis, qu'il ne croyait pas à la possibilité d'enfermer

dans une formule unique le traitement d'une affection dont les formes cliniques sont diverses; mais il ajouta ce sage avis « qu'il fallait être conscient des responsabilités que l'on assumait en laissant refroidir certaines appendicites. » La conclusion de Lejars vaut d'être citée. « Je me résumerai simplement en disant que, pour ma part, quand une appendicite ne m'apparaîtra pas avec des caractères franchement inflammatoires, quand je n'aurai pas une pleine tranquillité d'esprit, quand je conserverai des doutes, je ne prendrai pas la responsabilité de l'attente et, si je suis libre, j'opérerai d'urgence. » Eh quoi ! ce sont les caractères franchement inflammatoires qui donnent à Lejars la tranquillité d'esprit ! J'avoue que ce sont précisément ces caractères inflammatoires qui me poussent à opérer d'urgence, parce que je ne sais et que personne ne peut savoir où s'arrêtera cette inflammation : je pense qu'à l'heure actuelle, notre avis est quasi unanime sur ce point.

Dans la même séance (18 janvier 1899), Guinard fut plus catégorique : il déclara « qu'il considérait comme dangereux et inexacts les aphorismes émis par M. Dieulafoy et M. Poirier ». Guinard n'admet l'opération que dans les appendicites suraiguës et les abcès enkystés d'origine appendiculaire; il est d'avis de marcher au pus, mais seulement quand il se manifeste sous forme de gâteau; il nous dit qu'il faut bien distinguer « entre le gâteau proprement dit et la sensation de gâteau »; la présence d'un gâteau est une indication impérieuse d'intervenir. Pour notre collègue, l'idéal est de ne pas intervenir pendant la crise. Un peu plus tard, sous l'influence de la discussion qui s'est poursuivie ici, les idées de Guinard se modifieront ou plutôt changeront du tout au tout; à la séance du 22 mars, il viendra comme il le dit « faire amende honorable », ayant été converti par un cas dans lequel la temporisation a failli coûter la vie au malade.

Reynier voulut joindre sa protestation à celles de Brun, Ricard et Guinard; il ne veut à aucun prix de la formule : appendicite = opération immédiate; il veut que nous fassions entrer en ligne de compte dans le pronostic la nature du microbe et l'état général; il préfère l'expectative armée! Reynier croit que si l'on vide l'intestin par de petits lavements ou des purgatifs légers, au début de l'appendicite, l'affection évoluera plus bénignement. Reynier est seul de cet avis, qu'il paraît d'ailleurs abandonner à la fin de sa communication quand il proscrit les purgations intempestives pour l'appendicite au début.

A la séance du 8 février, mon collègue Quénu vint s'inscrire contre l'absolu des propositions que j'avais émises; il nous rappela qu'il avait établi en 1895 une division des appendicites au

point de vue des indications opératoires. Cependant, déjà Quénu insiste sur la difficulté de poser les indications thérapeutiques au début de l'affection; il nous avoue ses tendances à l'intervention dans l'appendicite franchement aiguë, surtout s'il est appelé dans les premières quarante-huit heures. Par la suite, Quénu accentuera progressivement ses tendances à l'intervention; enfin, le 15 mars, il concluera « à la nécessité d'une intervention précoce dans toutes les appendicites aiguës, à condition que dans les cas légers le diagnostic puisse être mis hors de doute ».

Ce sera, vous le remarquerez, Messieurs, une des caractéristiques de cette discussion, d'avoir éclairé un grand nombre d'entre nous, qui n'ont point hésité à modifier leurs conclusions premières.

Dans la même séance, Tuffier se déclare franchement interventionniste, sans aucun délai, au début de l'appendicite; il nous dit qu'il se rallie à cette formule, qui était loin d'être la sienne dans les discussions précédentes, parce qu'il a vu *le long martyrologe des victimes de la temporisation.* Mais Tuffier n'est interventionniste que pour le début; dans le cours de l'appendicite, en face d'une phlegmasie bien localisée, d'un gâteau dans la fosse iliaque droite, il pense que l'expectation armée reprend tous ses droits, que l'étude attentive, minutieuse et quotidienne devra diriger et varier la thérapeutique! — L'avis de Nimier est opposé : il est pour l'intervention immédiate quand il y a empâtement net de la fosse iliaque.

Chaput s'est franchement rallié à notre formule; il n'a point hésité à déclarer « que l'opération systématique dans tous les cas aigus est seule rationnelle et logique, tandis que l'expectation ne peut que compromettre la vie des malades dans un nombre considérable de cas. — Pozzi a prié Chaput de le compter au nombre des radicaux parmi les interventionnistes dans l'appendicite aiguë.

Dans la séance suivante, mon maître et ami Berger nous a signalé les dangers de l'abstention systématique; il pense que l'on peut régler l'intervention sur l'observation minutieuse et rigoureusement suivie de chaque malade, bien qu'elle nous ménage des surprises et permette des erreurs d'interprétation regrettables. Et le professeur Berger nous dit à l'appui « avoir vu deux malades dont l'état ne semblait pas alarmant et qui ont présenté du jour au lendemain des phénomènes d'infection ou d'empoisonnement septique suraigus contre lesquels la laparotomie fut impuissante ».

Comment n'être point converti à l'intervention, quand l'expectation armée, en telles mains, conduit à de pareils résultats.

Dans la même séance, Segond est des plus nets : en opposition

formelle avec ceux qui prétendent qu'on opère trop les appendicites, il est convaincu qu'on ne les opérera jamais assez. Toutefois Segond fait une restriction : « il est des cas où la bénignité relative des accidents, la circonscription des lésions et leur tendance à la résolution nous permettent d'attendre et de donner à nos patients les avantages d'une opération à froid faite ultérieurement. » Notre collègue et ami n'a sans doute pas encore eu le malheur de voir un de ces cas à accidents d'une bénignité relative, se transformer brusquement au cours d'une nuit, sous l'expectation armée d'un clinicien émérite, et présenter des accidents suraigus, dont son habilité opératoire ne triomphera pas, parce qu'elle interviendra trop tard, Segond pense que nous devons être assez bons cliniciens pour opérer *à temps*; je continue de penser que le seul moyen d'opérer à temps est d'opérer dès que le diagnostic d'appendicite aiguë peut être posé.

Michaud (22 février) s'est déclaré franchement partisan de l'intervention immédiate ; basant ses conclusions sur une étude symptomatique approfondie, il a conclu : « la doctrine du traitement médical est néfaste ».

Après lui, Gérard Marchant nous a dit qu'il était partisan convaincu de l'intervention hâtive et précoce, surtout dans les formes abcédées et péritonitiques, tandis qu'il se refusait à opérer les cas à réaction locale et générale modérée et à tendance régressive sous l'influence du traitement médical rigoureux. — Quelques semaines après, notre collègue, dans une lettre ouverte au Pr Dieulafoy, abandonnera cette restriction, et se déclarera partisan convaincu de l'opération dans tous les cas d'appendicite aiguë.

A la même séance, Hartmann a été des plus absolus dans le sens que nous avons défendu. Il a dit, excellemment : « Il faut opérer dans les vingt-quatre heures qui suivent l'éclosion d'une appendicite... en présence d'une appendicite qui débute, je n'attendrai jamais pour voir comment la lésion va évoluer... si j'avais une appendicite, je me ferais opérer non dans les vingt-quatre heures, mais dans les douze premières. » J'ai été surpris d'entendre notre collègue ajouter : « Je recours au traitement médical dans les cas où je suis appelé près d'une appendicite qui, spontanément, évolue déjà vers la guérison, lorsqu'il existe un gâteau inflammatoire, signe de la limitation des lésions. » Je sais bien que quelques-uns de nos collègues sont encore de cet avis ; pour ma part, je pense qu'il est toujours urgent d'intervenir, surtout lorsqu'il y a un gâteau, parce que s'il est le signe de la limitation des lésions à un moment, il peut être le point de départ d'une extension au moment d'après. Je crois l'opération moins dangereuse toujours que l'expectation.

Après Hartmann, Picqué nous a raconté comment il était devenu résolument interventionniste, après avoir été indécis.

Un peu plus tard (8 mars), notre collègue Peyrot est venu nous apporter l'appui de son expérience; il l'a fait avec chaleur et conviction. Si des malades guérissent médicalement, nous a-t-il dit, ce qui est incontestable, notre devoir est cependant d'intervenir, parce que, au début de l'affection, il est impossible de préjuger l'importance qu'aura l'attaque d'appendicite. « En n'opérant pas tout de suite, dès les premières heures de la maladie, toutes les appendicites, comme vous opérez toutes les hernies étranglées, vous abandonnez à leur malheureux sort tout un groupe de malades que vous pouvez guérir, dans l'espoir que quelques autres guériront sans intervention. » Et plus loin : « l'appendicite est une maladie meurtrière, traîtresse, à laquelle un traitement médical ne convient à aucun degré et qui est justiciable, dès le premier moment de son apparition, d'un traitement chirurgical ». — On ne saurait mieux dire.

Je crois avoir épuisé la série des communications faites dans cette enceinte par nos collègues; si j'en ai oublié quelqu'un, il me le pardonnera, ayant égard au nombre. Je me suis efforcé de garder à chacune de ces communications leur sens véritable, autant que cela peut être fait dans un résumé trop court eu égard à la valeur et à l'importance des choses dites.

Je dois encore ajouter, pour être complet, l'énumération rapide des communications qui ont été adressées au cours de la discussion par nos collègues de province. Mordret (du Mans), Pauchet (d'Amiens) sont pour l'intervention précoce. Barette (de Caen) tient pour l'expectation à main armée.

M. Loison, notre distingué collègue du Val-de-Grâce, nous a montré comment le temps perdu en hésitations sur le diagnostic a causé la perte de deux malades opérés trop tardivement.

Enfin, un correspondant étranger, Sonnenburg (de Berlin), nous a donné son opinion dans une lettre à Picqué. Dans cette lettre, Sonnenburg écrit : « Mais avant de pratiquer l'opération à chaud, on doit être sûr qu'il n'existe qu'un abcès : 1° que le péritoine est intact; 2° que l'appendice lui-même n'est pas trop adhérent à l'intestin ni au péritoine pariétal. »

Je me demande comment notre collègue de Berlin peut s'assurer qu'il n'y a qu'un abcès et que le péritoine est intact. La dernière phrase de la lettre : « si on a des doutes touchant l'état du péritoine, on devra attendre, avant de pratiquer l'opération, que les symptômes d'irritation du péritoine aient disparu », paraît faire croire que notre collègue est pour l'expectation. — Mais on

ne saurait discuter d'après une traduction qui ne rend peut-être pas très bien la pensée de l'auteur.

Le moment est venu, messieurs, de résumer cette longue discussion et d'en tirer une formule thérapeutique qui puisse servir de guide à ceux qui nous écoutent ou nous lisent. La tâche est d'ailleurs facile, car, si paradoxal que cela puisse paraître, *de notre discussion la lumière a jailli*, et une majorité, presque une unanimité, s'est faite au cours de cette revision du traitement de l'appendicite aiguë.

La Société de chirurgie, à une très grosse majorité, reconnaît :

A — *Qu'il n'y a point de traitement médical de l'appendicite.*

B. — *Que l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.*

A cette deuxième proposition, j'ajoute une opinion que je partage avec nombre de nos collègues, que lorsque le doute se prolonge, il est mieux d'opérer, au risque innocent de se tromper, que de laisser une appendicite évoluer sourdement, et conduire presque fatalement le malade à la mort.

C. — Quelques-uns d'entre nous et non des moindres, pensent encore que lorsque le chirurgien est appelé à la période de *gâteau*, il peut temporiser dans l'expectation armée, pour laisser refroidir l'appendicite et l'opérer quelques semaines plus tard, dans de meilleures conditions. — Il m'a semblé que nous étions plus nombreux à penser qu'à cette période de l'affection il est plus sage d'opérer, parce que l'extension brutale d'une affection qui paraissait se limiter est toujours à craindre, et parce que le risque opératoire est moins grand que le risque de temporisation.

D. — *Dans la péritonite généralisée, suite d'appendicite, il faut opérer d'urgence.* Pour minimes qu'elles soient, les chances de guérison sont réelles et chacun de nous a enregistré des succès inespérés.

E. — *Il est dangereux de laisser évoluer une appendicite d'apparence bénigne pour l'opérer plus tard à froid.* L'opération présente moins de dangers que l'expectation dite armée. — Tel m'a paru être l'avis de la majorité d'entre nous. Il a été dit, mais il n'a pas été démontré, que l'opération au cours de la période aiguë, que l'ouverture des abcès à travers le péritoine ou avec lésion de cette séreuse, peut être la cause d'une péritonite généralisée qui interrompt trop souvent les douceurs de l'expectation armée. Aucune observation n'a été apportée à l'appui.

F. — *Le diagnostic de l'appendicite n'est pas toujours facile au*

début; Quénu, Tuffier, Monod nous ont rapporté des exemples d'erreur.

G. — *Le manuel opératoire doit varier suivant les cas;* l'incision iliaque est celle que pratiquent la plupart d'entre nous; Routier et Jalaguier préfèrent l'incision parallèle au bord du droit externe, excellente dans nombre de cas; j'ai fait cette incision ce matin même, parce que la tumeur appendiculaire se rapprochait de la ligne médiane, et je n'ai eu qu'à me louer des facilités qu'elle m'a données. Le procédé *a posteriori* que j'avais conseillé n'a paru bon à la majorité de nos collègues que dans les cas d'abcès iliaque profond. Je suis de leur avis.

H. — Si l'orientation donnée dans ces derniers temps a varié dans le sens chirurgical que nous venons d'indiquer, l'honneur en revient au professeur Dieulafoy.

L'objectif principal de ma communication était de provoquer l'avis de la Société de chirurgie sur la nécessité de l'intervention dans l'appendicite aiguë et le moment favorable à cette intervention : le but a été atteint. Accessoirement, j'appelais votre attention sur d'autres points encore en discussion : résection de l'appendice, manuel opératoire.

A propos de la résection de l'appendice, j'avais dit qu'à mon avis on devait s'efforcer de réséquer l'appendice parce que c'était le vrai moyen d'ouvrir tous les abcès et de faire une opération complète. Au cours des discussions précédentes sur le même sujet, Quénu avait défendu le principe de ne pas rechercher l'appendice dans un foyer aigu; il nous a répété (8 février) son avis, qui ne paraît pas avoir été modifié, et s'est « déclaré heureux d'entendre Broca appuyer le principe qu'il défend depuis huit ans, à savoir de ne pas rechercher l'appendice dans un foyer aigu, de ne l'enlever que si on le trouve de suite et sans décollement d'adhérences ». L'avis de votre majorité n'a pas été tel; il a été dit en effet par la plupart de ceux qui ont pris la parole sur ce point que nous devions, en principe, rechercher l'appendice, sans trop insister dans cette recherche, qui ne doit pas entraîner de trop grands délabrements. Peyrot nous a même dit, sans rencontrer d'opposition, que nous devions pratiquer des opérations complètes autant que possible, et qu'il ne craint pas de se livrer à des recherches même un peu laborieuses pour trouver l'appendice.

Au cours de la discussion, notre collègue Reclus a appelé notre attention sur la fréquence des éventrations qu'il avait observées après les opérations à chaud; les nombreuses observations apportées à cette tribune n'ont pas confirmé le fait. Mais il nous a paru que la crainte des éventrations ne pouvait entrer en ligne de

compte devant les dangers de mort que fait courir au malade l'expectation.

M. Quénu. — M. Poirier, dans le clair résumé qu'il vient de faire de l'avis de chacun des membres de la Société de chirurgie dans le traitement de l'appendicite et en particulier dans le mode opératoire, a mal rendu ma pensée. Je pense qu'il faut réséquer l'appendice quand il est libre d'adhérences, ou quand, dans un foyer de suppuration, on le trouve facilement sans recherches, accusé par un relief, etc.; quand, par suite, *pour le trouver, je ne dis pas pour le libérer et pour l'enlever*, on n'a pas à détacher des adhérences déjà solides et formant barrière à l'infection.

M. Poirier. — J'avais compris, d'après la lecture de nos Bulletins, que notre collègue Quénu déconseillait en principe la recherche de l'appendice. Il nous dit qu'il n'a point été aussi absolu; je suis heureux de l'enregistrer.

Discussion sur la tuberculose testiculaire.

M. Bazy. — La question de l'intervention précoce et radicale, dans la tuberculose testiculaire, a été portée devant la Société il y a huit ans, en 1891, par mon regretté maître Terrillon : s'appuyant sur deux cas de castration hâtive qui étaient restés guéris, l'un depuis huit ans, l'autre depuis trois ans, il avait préconisé cette castration précoce. D'un autre côté, notre collègue Reynier, frappé des conséquences fâcheuses et mortelles de l'abstention dans certains cas de tuberculose testiculaire, est arrivé aux même conclusions.

M. Berger approuve pleinement ces idées, et nous montre que sa pratique est depuis de longues années conforme aux principes qu'il a énoncés.

Théoriquement, il semble que la castration testiculaire est la seule opération à opposer à la tuberculose de l'épididyme; quand on trouve un tuberculome, l'enlever semble être la seule opération rationnelle; on évite ainsi les infections des autres organes et les généralisations. On peut même aller plus loin et, pour peu que le canal déférent paraisse suspect, on doit l'enlever, et c'est ce qu'ont fait M. Berger et M. Beurnier et ce que recommande à son tour M. Reynier.

M. Berger ajoute même qu'il n'a jamais vu de récidive dans l'autre testicule, après une castration unilatérale.

Je crains que M. Berger ne soit tombé sur une série heureuse, et, d'autre part, avec les quelques faits heureux de castration que l'on cite, il ne me semble pas possible d'établir une règle générale. Nous savons tous combien les manifestations de la tuberculose sont variables, protéiformes, suivant une foule de conditions que je n'ai pas besoin d'énumérer; celle-ci restant torpide, et même guérissant toute seule, telle autre évoluant avec une très grande rapidité. Je passe sur toutes les variétés intermédiaires.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ces points bien connus.

C'est probablement parce qu'on a eu affaire à ces formes torpides qu'on a pu parler de guérison par la castration. Est-ce à dire que ces tuberculoses qui ont guéri par l'intervention radicale eussent guéri toutes seules, sans intervention? Je suis loin de le prétendre; mais les faits montrent qu'on peut obtenir la guérison par des sacrifices moins importants.

On peut tout aussi bien empêcher les propagations aux autres organes par des opérations moins radicales et tout aussi efficaces.

La nécessité d'une opération moins radicale que la castration découle de deux faits : le premier, c'est que la castration n'empêche pas, contrairement à ce que pense M. Berger, l'apparition du mal sur l'autre côté, et, dès lors, conséquent avec soi-même, il faudrait, si l'autre côté se prend, recourir de nouveau à cette mutilation. Le deuxième, c'est que les testicules étant des organes dont la sécrétion interne est utile à l'équilibre *organique*, et j'ajouterai *moral* de l'individu, il importe de ne point les sacrifier tous deux : car, quelque petite que soit la quantité de substance testiculaire qui reste, il semble qu'il y en a toujours suffisamment pour que cet équilibre soit maintenu.

La possibilité d'une manifestation de la tuberculose sur le testicule sain, après la castration de l'autre, m'est fournie par des faits tirés de ma pratique, et par des faits tirés de la pratique de mes collègues.

Il y a quelques mois, je voyais arriver dans mon service un homme jeune, porteur d'une épididymite tuberculeuse suppurée survenue après et malgré la castration de l'autre testicule.

Il y a un an, je voyais le même fait dans mon cabinet sur un homme de trente-cinq ans. Il avait subi la castration du testicule gauche, et il venait me voir, porteur d'une épididymite tuberculeuse suppurée de l'autre côté, du côté droit.

Ce côté-ci devait probablement être sain lors de l'opération qui lui avait été faite, puisque, depuis la castration, cet homme s'était marié; la récidive ne s'était pas fait attendre longtemps.

Il y a un mois, je voyais un jeune homme de vingt-deux ans que

je connais depuis deux ans et demi et que je soigne depuis ce moment pour une cystite tuberculeuse. (C'est, pour le dire en passant, un cas favorable à la méthode des injections iodoformées telles que je les ai préconisées, il garde la vaseline quinze jours et ne souffre plus, n'urinant que toutes les deux ou trois heures.) Or, cette cystite tuberculeuse était apparue six mois environ après la castration du testicule droit.

De plus, il y a un mois, je constatai dans la queue de son épididyme une induration que l'on ne peut guère, étant donné le terrain,qualifier que de tuberculeuse. Ainsi donc la vessie et le testicule se sont pris malgré la castration.

J'ai opéré il y a quatre ans pour une épididymite bacillaire du côté gauche un jeune homme de vingt-cinq ans ; cette épididymite était survenue assez rapidement, avait eu une évolution subaiguë et, chose plus grave, paraissait avoir eu un sérieux retentissement sur la santé générale, qui s'était beaucoup altérée ; le malade était amaigri, avait perdu l'appétit et avait de la fièvre.

Je lui détruisis par cautérisation son épididyme.

L'état général se remonta très rapidement, malgré la suppuration résultant de la cautérisation, et le malade repartit pour son pays, complètement transformé.

Or, deux ans après, il revenait de nouveau très malade, plus malade que la première fois, avec une énorme épididymite, de la déférentite (le canal déférent de la grosseur d'un gros porte-plume, bosselé, dur, irrégulier) ; en plus un noyau très volumineux presque comme une petite cerise, un peu ferme dans le côté droit de la prostate.

Je me bornai à détruire par cautérisation le testicule, je commençai par l'épididyme, mais en poursuivant les foyers de ramollissement, je fus amené dans le testicule qui peu à peu fut éliminé lui aussi. A peine huit jours s'étaient écoulés depuis l'opération que la santé générale commençait à se rétablir, et à nouveau le malade repartait pour son pays tout à fait transformé : le canal déférent avait notablement diminué de volume.

J'ai revu ce malade un an après, le 4 juin dernier.

Du côté droit, il n'y avait qu'un petit moignon représentant le testicule; le canal déférent pouvait être considéré comme sain, tant il était diminué de volume, le noyau prostatique était devenu plus petit, du volume d'un pois, dur et ferme. Le côté gauche, le premier opéré, était resté complètement guéri ; de ce côté il existait un testicule de volume normal sans épididyme.

Cet homme avait donc encore un testicule sans épididyme. La première opération, quoique partielle, avait été radicale au point de vue de la guérison ; elle n'avait toutefois pas empêché la tuber-

culose d'atteindre deux ans après l'autre côté et de l'atteindre dans toute son étendue : épididyme, testicule, canal déférent, lobe correspondant de la prostate.

Assurément la castration n'eût pas mieux fait.

Ce fait-là prouve encore qu'il n'est pas nécessaire d'enlever toutes les parties malades *enlevables* pour voir les lésions rétrocéder. Si, dès une première opération, j'avais fait la castration, comme elle n'aurait pas donné un meilleur résultat que la destruction ignée de l'épididyme, j'aurais été amené à ma deuxième opération, par l'étendue des lésions, à tout détruire, et mon malade n'aurait plus eu de testicules.

L'absence de récidive après les destructions *partielles*, après les cautérisations simples de foyers, j'ai pu l'observer maintes fois sur des malades de ma clientèle privée, et aussi sur ceux de ma clientèle hospitalière quand j'ai eu occasion de les revoir, et à ce point de vue, ces opérations donnent autant de satisfaction que les opérations *totales*.

Au reste, les opérations partielles qu'on peut pratiquer sur les testicules ou même sur les annexes du testicule n'ont rien que de rationnel et sont tout à fait conformes aux règles que l'on suit en pareille circonstance pour d'autres régions.

Ampute-t-on toujours le bras pour une tuberculose du coude? Ampute-t-on toujours la cuisse pour une tuberculose du genou? Et pourtant on pourrait presque dire que la jambe est moins utile à l'homme que le testicule.

Dans les considérations qui précèdent, je n'ai pas tenu compte d'un fait important : la coexistence fréquente des lésions prostatiques et des lésions épididymaires, si fréquente même, que pour quelques auteurs, elle serait constante, la lésion prostatique étant la première en date ; il en résulterait que la castration, quelque radicale qu'elle prétendrait être, ne le serait pas du tout.

Néanmoins, on la préconise même dans ces cas ; et n'avons-nous pas entendu notre collègue Reynier la préconiser précisément à cause de l'influence q'elle peut avoir sur les lésions prostatiques, établissant une analogie entre la tuberculose et l'hypertrophie prostatique, et concluant de ce que l'hypertrophie prostatique est influencée par la castration, à l'influence de la castration dans la tuberculose sur les lésions tuberculeuses de la prostate? Cette analogie n'est pas acceptable : elle l'est d'autant moins que, pour être valable dans l'hypertrophie prostatique, la castration doit être double, ce qui n'est pas, au moins tout d'abord, dans la tuberculose testiculaire.

Quant à l'influence que peut exercer une opération pratiquée sur l'épididyme sur les autres lésions, soit du canal déférent, soit

de la prostate, elle est réelle, je viens d'en citer un exemple démonstratif; j'ai, du reste, eu l'occasion de l'indiquer après M. Verneuil lors de la communication de M. Terrillon.

Avec M. Verneuil, je mettais cet effet sur le compte de la cautérisation que je pratique depuis 1886.

Mais ce qui est plus remarquable, c'est de voir une opération incomplète, je ne dis pas seulement partielle, comme celle que je viens de citer, avoir une influence si manifeste sur la santé générale.

Ce sont donc ces opérations partielles, c'est-à-dire bornées à l'épididyme que je crois devoir, de par les faits, conseiller en pareil cas; elles me paraissent suffire; elles paraissent suffire même quand le canal déférent et la prostate sont pris, même quand l'état général est mauvais, que la marche de la lésion est aiguë ou subaiguë.

Je ne voudrais pas toutefois généraliser, et, en tout cas, je fais une exception pour ces cas rares de tuberculose totale de l'épididyme et du testicule simulant les tumeurs malignes du testicule, auxquels cas je fais la castration. Mais dans tous les autres cas, comme la tuberculose est une lésion presque exclusivement épididymaire, je me borne à attaquer l'épididyme.

Je le fais ainsi que je le disais, lors de la discussion de 1891, par des cautérisations profondes au fer rouge qui détruisent tout l'épididyme et qui peuvent détruire aussi une partie du testicule.

Les résultats que l'on obtient ainsi sont très bons, j'en citais un exemple tout à l'heure, je pourrais en citer bien d'autres.

Je fais une incision au thermocautère sur toute la hauteur de l'épididyme, je le découvre de tous côtés, puis je plonge soit le couteau du thermocautère soit des fers rouges dans l'intérieur de l'épididyme, ouvrant les foyers de ramollissement qui existent toujours en pareil cas.

Le fer rouge agit aussi en déterminant tout autour des points cautérisés des zones de cicatrice fibreuse, qui étouffent les foyers bacillaires dans les cas où il y en aurait.

Je n'ai jamais fait l'épididymectomie, mais je ne verrais aucun inconvénient à la pratiquer dans les cas de lésions très nettement circonscrites.

Quand les lésions très circonscrites ont une allure particulièrement torpide, je n'y touche pas.

M. Félizet. — La tuberculose testiculaire présente, chez l'adulte, plusieurs formes, dont la différence explique le fait, que l'accord sur le traitement ne règne pas parmi les chirurgiens. La lésion légère de l'épididyme qui produit une hydrocèle de la vaginale,

— l'orchite ancienne réveillée à l'occasion d'un surmenage ou d'un effort insignifiant, — enfin l'invasion tuberculeuse franche, qui ne laisse pas à la séreuse le temps de fournir un épanchement, en accolle d'emblée les feuillets et, sans désemparer, vient envahir le scrotum et y ouvrir sa suppuration, telles sont les formes ordinaires de la tuberculose génitale chez les adultes.

Chez les enfants, l'hydrocèle symptomatique de la bacillose est rare ; l'orchite dure, sans adhérence à la séreuse, n'a qu'une existence temporaire : c'est la forme envahissante, presque aiguë et, dans tous les cas, rapide, que nous avons l'occasion d'observer dans la pratique.

Normalement, chez l'enfant le testicule est petit, l'albuginée est mince, l'épididyme est flasque et de composition lamelleuse, les tubes n'ont qu'une existence encore embryonnaire, la séreuse est jeune : l'organe entier se montre, on peut dire, dans le schéma de sa structure, comme dans la virtualité de sa fonction.

Aucune barrière n'arrête, dans les premiers âges de la vie, la propagation de la bacillose et ne limite l'irritation inflammatoire qui l'entoure et la précéde.

C'est généralement au-dessous de sept ans que cette tuberculose apparaît, et après quatorze ans.

Je ne possède qu'un fait de bacillose testiculaire observé à l'âge de douze ans : il s'agissait d'un enfant atteint de mal de Pott, avec abcès par congestion et de coxalgie ; malade cachectique et qui mourut. Or, depuis dix années, je relève dans mon service de Tenon le chiffre de cinquante-huit tuberculoses testiculaires. Je puis donc dire la « grande enfance » est l'exception.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, j'ai trouvé certes quelquefois des granulations tuberculeuses discrètes, développées sur la séreuse des sacs herniaires, et des hydrocèles, mais je n'ai jamais vu survenir, après ces rares hydrocèles, de tuberculoses génitales typiques. C'est autrement peut-être, c'est toujours d'emblée que la maladie se manifestait dans l'épididyme ou dans le testicule.

Ce qui frappe dès le début, c'est l'énorme disproportion qui existe entre le volume de l'épididyme malade et le volume du testicule. Le testicule n'est pas seulement surmonté, il est recouvert et comme englobé par l'épididyme.

On ne saurait dire si le mal siège sur la queue, sur le corps ou sur la tête. C'est tout l'appendice qui est pris, converti en un corps massif, mamelonné, dur, avec quelques points ramollis et adhérents, au fond et surtout au bord externe de la bourse.

Nous sommes loin de cette forme, quasi-chronique, de l'épididymite des adultes, où l'épididyme, quoique gros, peut osciller

sur le testicule, régulièrement rond, lisse et en apparence inaltéré. C'est cette forme qui avait permis autrefois d'affirmer que la tuberculose est toujours épididymaire.

Nous avons eu l'occasion de confirmer, sans exception aucune, les observations de MM. Hutinel et Martin, sur la propagation de la tuberculose de l'épididyme au testicule chez les enfants.

Nous avons trouvé des foyers caséeux communiquant de l'épididyme au testicule à travers le corps d'Highmore détérioré, nous avons fait chercher et constater la présence de granulations grises, indépendantes de ces foyers, au milieu du parenchyme séminifère. Mais, contrairement à l'opinion de M. Hutinel, nous n'avons jamais rencontré le testicule atteint sans que l'épididyme l'ait été aussi, et avec une étendue et une accentuation des lésions, qui nous ont porté à croire que la tuberculose du testicule n'était que secondaire.

En entrant de plus près dans le détail des lésions de l'épididyme, nous voyons que les foyers caséeux en ont refoulé, dissocié et détruit les parties constituantes. Les canaux déférents et le canal de l'épididyme se perdent, méconnaissables, dans une véritable caverne au contenu ramolli.

Nous voyons aussi que les lésions sont propagées en dedans de l'albuginée, touchant l'organe séminal, après avoir désorganisé et coupé les canaux préposés à l'excrétion de l'organe, à l'époque où il exercera plus tard sa fonction.

Le fait anatomo-pathologique qui domine ici, c'est que l'organe, dont la structure est plus ténue dans le premier âge, — l'albuginée étant plus mince, le corps d'Highmore étant plus mou, l'épididyme étant moins consistant —, a moins résisté à l'invasion tuberculeuse et que les lésions sont plus étendues et plus profondes que chez l'adulte.

Il faut ajouter cependant que quelquefois la dégénération tuber culeuse reste limitée à l'épididyme; parfois aussi que l'épididyme n'est que partiellement envahi, la tête ou la queue portant une ou deux simples nodosités, susceptibles sans doute d'ouvrir leur foyer caséeux en dehors, mais ne comportant pas l'occlusion et la destruction des voies séminales.

C'est cette forme anatomo-pathologique qui se prête à la guérison spontanée par évacuation et qui explique certains succès de la chirurgie économique.

Cette forme, que l'on rencontre assez fréquemment dans l'âge adulte, est exceptionnelle dans l'enfance. Le fait clinique qui domine, c'est que, dans l'immense majorité des cas, la marche du mal est rapide, — que tel événement qui, chez l'adulte, peut être considéré comme une complication : l'adhérence, la fusion

aux bourses avec ramollissement, — cet événement fait partie, dans sa manifestation hâtive, de la symptomatologie ordinaire de la tuberculose génitale des enfants.

Les circonstances pressent, et je vous assure que le plus souvent on n'a guère le temps de faire le parallèle entre les manœuvres économiques et l'intervention radicale. On n'a pas le choix.

Sans doute, j'ai vu parfois des phénomènes d'adhérence, de gonflement, de rougeur et de menaces d'ouverture de la peau s'amender sous l'influence d'un traitement local convenable et d'une médication reconstituante. La tension disparaissait, la peau reprenait sa couleur normale, mais elle n'avait pas cessé d'adhérer profondément à l'organe séminal, peut-être moins gonflé, mais toujours manifestement malade.

Chose curieuse : tandis que chez l'adulte, le canal déférent est souvent altéré et parfois assez loin pour qu'on ait dû, comme l'a fait récemment notre collègue Beurnier, l'aller chercher au delà de l'orifice inguinal interne, chez l'enfant, les lésions de ce canal sont limitées; je n'ai jamais eu à dépasser l'orifice externe du trajet pour le couper hors des frontières du mal.

Mais, par une particularité singulière, j'ai trouvé deux fois la vésicule séminale correspondante grosse et dure, le canal déférent étant intact.

La suppression du testicule tuberculeux ayant été suivie en moins de quinze jours de la disparition de toute disposition anormale de la vésicule, il s'agissait donc là plutôt d'une « fluxion » symptomatique que d'une propagation de la tuberculose.

Dans la chirurgie des adultes, il y a des cas dans lesquels on peut attendre :

Les lésions sont peu étendues, l'évolution en est plutôt lente, le traitement général peut beaucoup, et d'ailleurs rien ne presse en l'état.

Quelquefois cette tuberculose lente intéresse les deux testicules. C'est une grosse affaire, pour la santé et aussi pour le moral du malade, de pratiquer une opération double. Ceux d'entre nous cependant qui sont portés vers les actions économiques sentent et savent que les cautérisations et les curettages peuvent mener le chirurgien très loin.

Chez l'enfant, le caractère menaçant de la tuberculose testiculaire ne nous laisse guère hésiter.

Nous n'avons pas alors à nous arrêter aux scrupules et aux mélancolies de la virilité compromise : nous savons comme le mal s'étend dans ces tissus tendres et imprégnables, que la nature en est souverainement dangereuse pour la vie et qu'il faut, avant tout, préserver l'organisme de l'infection.

L'infection se propage de deux manières : elle suit la voie des vaisseaux spermatiques. Je n'ai pas encore vu survenir la tuberculose pulmonaire, et vous allez tout à l'heure savoir pourquoi.

Il est une autre voie par laquelle l'infection s'opère, et produit, je ne sais pour quelle raison, des effets plus désastreux que par la voie directe : je veux parler des lymphatiques inguinaux et iliaques.

J'ai vu, pour ma part, des adénites inguinales survenir à la suite de l'ouverture au scrotum de foyers caséeux. J'ai pu suivre, dans quatre cas, avec la plus grande netteté, l'invasion consécutive des ganglions iliaques et assister à l'entrée en scène d'une véritable cachexie, à la suite de l'invasion par cette voie. Dans un de ces cas, chez un enfant de trois ans, que ses parents ne voulurent à aucun prix me permettre d'opérer, les forces se déprimèrent dès que le scrotum s'ulcéra, et, après six semaines, le malade fut emporté par une méningite.

Je serai bref sur le moyen de préserver l'organisme de l'infection tuberculeuse, directe ou détournée.

Nous envisagerons d'abord le cas unilatéral.

Si l'organe malade est libre dans la vaginale ou flotte dans une hydrocèle, c'est une affaire de médecine; tout au plus pourrait-on proposer de faire une ponction suivie d'une injection iodée, l'iode pouvant agir directement sur les lésions tuberculeuses.

Si l'organe malade adhère au scrotum, s'il est gros, s'il fait menace de s'abcéder, il est souvent bon de ne pas attendre pour ouvrir proprement le foyer, surtout si les événements ont marché vite.

La cautérisation, le curettage nous permettent souvent de constituer une cavité régulière, nette et relativement aseptique, après que nous avons atteint les limites du mal. Or, il faut parfois aller très loin, plus loin qu'on croyait aller, et nul doute que l'intégrité du testicule subisse, dans l'aventure, un préjudice essentiel.

Si nous n'avons pas dépassé le mal, le foyer de l'opération doit être l'objet de soins attentifs, il faudra traiter la plaie au moyen de la teinture d'iode, du chlorure de zinc, réprimer les bourgeons, veiller surtout à ce qu'ils ne s'infectent pas; et malgré tout, il nous arrivera de voir un jour apparaître et saillir un fongus qui ne sera autre chose que l'épave, le moignon du testicule désorganisé, émergeant spontanément du scrotum et nous inspirant la tentation de le supprimer une bonne fois.

L'évolution aura été de longue durée et, pour y faire face, il ne suffit pas que le chirurgien soit patient, il faut que le malade ait un bon état général. S'il est affaibli, malingre, il n'y a pas à hésiter : il faut couper au plus court.

C'est dans ce cas que la castration est indiquée.

J'ai vu, à la suite de la castration, des enfants recouvrer l'ap-

pétit, reprendre des forces avec une rapidité invraisemblable, le foyer virulent qui les infectait ayant disparu.

Chez les enfants épuisés, l'intervention radicale est, si je ne me trompe, catégoriquement indiquée, alors même que les lésions génitales ne semblent pas considérables, pourvu toutefois qu'on ait la preuve que la cachexie ne dépend pas d'une autre tuberculose viscérale et que *le testicule seul est en cause.*

Chez les enfants demeurés robustes, on peut attendre si les lésions sont peu considérables et localisées sur une portion de l'épididyme.

Si l'épididyme est envahi totalement, comme il est probable que le testicule est aussi secondairement touché, si le mal semble prendre une allure rapide, il n'y a pas grand secours à attendre des manœuvres économiques.

L'organe est désormais perdu ; ce n'est pas le chirurgien, c'est la tuberculose qui a accompli le sacrifice. La castration n'est en réalité qu'une manœuvre destinée à préserver l'organisme.

J'ai toujours présent à ma mémoire, le fait d'un enfant de quinze mois, auquel je ne me décidai pas à enlever d'emblée le testicule gauche. Quinze mois après la castration, le testicule droit se prit, s'abcéda, se transforma en fongus et dut à son tour être enlevé.

La question du traitement de la tuberculose testiculaire bilatérale est extrêmement délicate, mais à un autre point de vue ici que chez l'adulte.

Un homme ne consent pas aisément à la suppression de ses deux testicules, quelque malades qu'il les sache être ; nous avons le devoir de respecter sa liberté et le droit de le laisser mourir, s'il se refuse à l'intervention.

Pour l'enfant, nous devons, avant tout, songer à la conservation de la vie, même au prix de l'émasculation. On pourra opérer d'abord l'organe le plus malade et attendre, pour voir si l'état de l'autre ne s'améliore pas à la suite de la suppression du premier foyer de tuberculose.

On a mentionné des faits de ce genre.

Signalons enfin un fait exceptionnel que nous avons observé il y a deux ans : la tuberculose d'un testicule en ectopie inguinale externe; lésions peu considérables et limitées à l'épididyme.

Castration. Guérison. L'enfant avait sept ans.

Il faut conclure :

Dans les premières années de la vie, la structure jeune des éléments cellulaires et la conformation presque encore embryonnaire des canalicules, du corps d'Highmore et de l'albuginée, sont absolument favorables au développement et à l'extension de la tuberculose. Le mal n'est pas aussi limité que dans l'âge adulte.

Il y a néanmoins à distinguer quelques formes cliniques.

Chez quelques-uns, le traitement médical reconstituant convient et suffit à la tuberculose discrète et chronique de l'épididyme sans tendance à adhérer au scrotum.

En cas d'hydrocèle concomitante, la ponction et l'injection de teinture d'iode peuvent rendre un réel service.

Pour les cas d'invasion totale de l'épididyme avec propagation inflammatoire au scrotum, les opérations économiques ne sont pas indiquées au même titre que chez l'adulte. La castration s'impose.

Nous exposerons prochainement le manuel d'un procédé inoffensif et tout à fait expéditif, dont la technique est empruntée à une opération courante de la gynécologie.

Présentations de malades.

Anévrisme artérioso-veineux de la cuisse. Ouverture, ligature, guérison.

M. Routier. — Le nommé A... C..., âgé de trente-six ans, reçut presque à bout portant la charge d'un fusil de chasse dans la partie moyenne de la cuisse droite, le 25 septembre 1893.

L'hémorragie immédiate, peu abondante, fut facilement arrêtée.

Quinze jours après environ, il était guéri, mais dès qu'il voulut marcher, il ressentit de vives douleurs et il se forma au niveau de sa cicatrice, dans la profondeur, une tumeur comme une noisette, qui faisait du bruit.

Il reprit cependant son travail, et tout semblait en rester là, quand vers la fin de 1898, au mois de décembre, la tumeur parut augmenter.

Elle s'accrut bien vite et rendit toute occupation impossible; c'est pour y remédier que mon ancien élève, le Dr Baudouin, me l'adressa.

Le 27 mars 1899, ce malade entrait dans mon service; la tumeur siégeant sur la cuisse droite avait le volume d'un énorme œuf d'autruche, 20 centimètres dans tous les sens.

Cette tumeur, molle, fluctuante, tendue, était animée de pulsations synchrones au pouls; on y constatait l'expansion la plus manifeste, avec thrill perçu à distance, des souffles à renforcement.

Les battements, énormes dans la fémorale, au-dessus, n'étaient plus perceptibles dans aucune des artères au-dessous de la poche.

Les veines sont dilatées, variqueuses, serpentines.

Le 30, je pus, avec une bande d'Esmarch, supprimer les pulsations dans la poche, que je me mis en devoir de découvrir; mais je dus bientôt y renoncer, car il n'y avait pas à proprement parler de

sac anévrismal; les muscles étaient soulevés, et une sorte de couenne fibrineuse limitait le sac.

J'ouvris donc largement la tuméfaction. Au milieu je vois un jet de sang noir; je le bouche avec le doigt, ce qui me permet d'isoler l'artère et la veine au-dessus et au-dessous.

L'artère et la veine fémorales sont liées séparément au-dessus et au-dessous de la perforation, qui intéressait le quart environ de la surface de chaque vaisseau.

Je fis alors enlever la bande d'Esmarch; il fallut lier quelques artères musculaires émergeant de la fémorale au-dessus de la ligature.

En même temps, il se produisit un énorme jet de sang veineux par le bout périphérique de la veine fémorale, qui fut liée un peu plus bas.

Je pus alors enlever le plus possible de cette couenne fibrineuse qui limitait la poche, et la cavité fut fermée par des sutures profondes au catgut, puis la peau suturée au crin de Florence.

Nous avons eu malgré cela un hématome qu'il a fallu évacuer par un point de suture enlevé.

Le malade est parfaitement guéri sans suppuration, les varices de la jambe sont à peu près disparues et les troubles trophiques en voie de guérison.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius ayant causé l'arrêt de l'accroissement de l'os en longueur.

M. Gérard Marchant. — Je vous présente deux opérés. L'un est un garçon de dix-huit ans qui, à l'âge de huit ans, a eu une fracture de l'extrémité inférieure du radius, qui a intéressé le cartilage de conjugaison, puisque le radius a cessé de croître en longueur, pendant que le cubitus se développait dans le même sens. Il en est résulté un vice dans l'attitude et le fonctionnement de la main. Celle-ci, déjetée sur le bord radial, n'ayant plus son axe correspondant avec celui de l'avant-bras, ne pouvait ni saisir ni serrer. — Sur la radiographie que je fais passer sous vos yeux, vous voyez que le cubitus par son extrémité inférieure dépasse de plusieurs centimètres le plateau radial, que les surfaces articulaires ne se correspondent plus, etc.

Il s'agit, en un mot, d'une déformation dont M. Curtilliet dans sa thèse (Lyon 1892) nous a rapporté quelques exemples.

J'ai pratiqué une *ostéotomie*, réséque 2 centimètres du cubitus, et vous pouvez juger sur cette seconde radiographie de la correction parfaite de la difformité, qui coïncide avec la reprise intégrale des fonctions de la main.

M. Félizet. — Ce fait est extrêmement curieux et rare à l'avant-bras. Je me rappelle ce que j'ai vu plusieurs fois à la jambe et l'analogie mérite d'être signalée.

A la suite d'une chute d'une hauteur de trois mètres, une enfant de huit ans eut un tassement vertical du pied. Les os de la jambe étaient intacts. Le calcanéum fut vraisemblablement déprimé et demeura douloureux.

Quatre années plus tard, je revis l'enfant, qui marchait mal. La jambe était déformée en arc. Le tibia du côté blessé était de trois centimètres plus court que le tibia correspondant; la longueur du péroné était identique. Le péroné du côté blessé présentait une courbure, la malléole externe touchait presque le sol et le pied était rejeté en dedans.

L'atrophie très accentuée de la diaphyse dans son épaisseur me fit penser à un trouble dans le développement du tibia et je fus amené à l'attribuer à une lésion du cartilage épiphysaire inférieur.

Je rapprochai ce fait d'une déformation identique, mais bi-latérale, que j'avais alors sous les yeux, une épiphysite double sus-malléolaire, survenue au cours d'une scarlatine chez une jeune fille qui présentait, elle aussi, une déformation en arc des péronés, trop longs.

Le péroné s'était développé normalement, le tibia avait langui par le fait de la blessure de son cartilage inférieur. Telle était pour moi l'explication.

Or, chez le jeune malade de M. Gérard Marchant, je suis frappé par ce fait que le radius du côté qu'il a opéré est de trois centimètres et demi plus court que celui du côté sain.

La radiographie ne nous montre la trace d'aucun chevauchement, et le trait de la fracture se révèle après dix ans par une élevure insignifiante. Je pense que la fracture n'est pour rien dans la déformation; c'est le cartilage épiphysaire qui a été éprouvé et qui a cessé de fonctionner. Le cubitus a poussé normalement, le radius a subi un développement ralenti, de là l'infirmité.

M. Gérard Marchant a bien fait d'exciser largement une portion du cubitus, car l'os de son malade va pousser encore pendant quelques années. C'est ce à quoi j'ai songé à obvier dans les opérations de mes deux malades. C'est ce que je fais toujours pour les suites éloignées des ostéo-myélites à grands séquestres, complication infiniment moins rare.

Névralgie faciale. Résection du nerf maxillaire supérieur.

M. Gérard Marchant. — La malade que je vous présente vous intéressera puisque vous discutez en ce moment les avantages et

les inconvénients du traitement de la névralgie faciale rebelle, par la résection du nerf maxillaire supérieur.

Cette femme avait une névralgie portant sur les trois branches du trijumeau, et ayant résisté à un essai *loyal* de toutes les médications usitées en pareil cas.

Je me disposais à pratiquer chez elle la résection du ganglion de Gasser, lorsque M. Guinard vint à cette tribune préconiser les grands avantages de la résection du nerf maxillaire supérieur. C'est en obéissant à l'impression favorable que me fit la communication de notre collègue que je pratiquai la résection du nerf maxillaire supérieur par le procédé de Lossen-Braun, si bien francisé par mon ami Segond.

Cette opération a été pratiquée le 25 novembre dernier; elle n'a donné lieu à aucun incident opératoire, mais le résultat thérapeutique n'est pas complet. Certainement cette malade n'a plus de grandes crises, son état général s'est très heureusement modifié, mais elle a encore quelques douleurs, surtout dans le territoire de l'ophtalmique et du nerf maxillaire inférieur.

Je concéderai à M. Poirier que la cicatrice est légèrement déprimée, et que pendant trois mois, c'est-à-dire jusqu'en février, l'ouverture de la bouche est restée difficile et douloureuse.

M. Guinard. — Je voulais dire que pareil fait m'est arrivé. J'ai présenté un malade non guéri par opération de Lossen-Braun-Segond. Je lui ai enlevé alors le ganglion de Gasser, il a guéri. Chez le malade en question, on pourrait faire l'ablation du ganglion de Gasser.

M. Poirier. — Je prie mon collègue Potherat, qui nous a fait ici une minutieuse critique du procédé nouveau que j'ai proposé pour la résection du maxillaire supérieur, de bien vouloir remarquer : 1° Que la cicatrice est laide; 2° Que l'arc zygomato-malaire n'est pas à sa place, mais à 5 millimètres au moins au-dessous ; 3° Qu'il est surmonté d'une dépression temporale plutôt disgracieuse; 4° Que, pendant *trois mois*, la malade n'a pu ouvrir la bouche suffisamment pour la mastication.

Cette malade, bien opérée par mon collègue et ami Marchand, me paraît démontrer que les critiques faites par moi du procédé de Lossen-Braun-Segond ne manquent point de fondement et que l'on est autorisé à chercher un procédé meilleur qui permette de couper le nerf sans réséquer l'arc zygomato-malaire.

M. Nélaton. — A propos d'une malade souffrant de névralgies, je me suis occupé de la question. Je l'ai montrée à mes collègues Berger, Reclus, ils m'ont conseillé de l'électriser : elle a été guérie.

Je ne sais ce qui adviendra, mais je dois dire ici que le conseil de M. Berger de la faire électriser avant de tenter toute autre chose, m'a donné un excellent résultat.

Gastrostomie.

M. Monod. — Je vous présente un malade opéré de gastrostomie par le procédé simple que je défends ici, ainsi que M. Routier. La fistule est à peine apparente et l'estomac continent.

M. Schwartz. — J'ai pu suivre dix-huit mois un malade gastrotomisé pour cancer de l'œsophage; son estomac est resté jusqu'à la fin très continent. Je l'avais opéré par le procédé ancien et simple.

M. Tuffier. — La continence de l'estomac dépend de plusieurs facteurs, d'abord le bon abouchement de la fistule puis la tolérance de l'estomac.

M. Segond. — J'ai une opérée de gastrostomie qui date de seize ans, pour un retrécissement de l'œsophage. Le procédé employé a été très simple, son estomac est aussi continent.

M. Lucas-Championnière. — Je demande à appuyer ce qu'a dit M. Tuffier au sujet de la bouche stomacale. Je ne crois pas, comme M. Segond, qu'il faille recourir aux procédés compliqués. J'ai eu un malade contemporain de celui de M. Segond qui va très bien. Il faut placer la bouche très haut et ne pas mettre de sonde.

M. Monod. — Je suis d'accord avec M. Championnière. Je présente ce malade justement parce que l'on présente tous les jours des procédés nouveaux qui ne donnent pas de meilleurs résultats.

Présentation de pièces.

M. Faure présente un appendice opéré à la quinzième heure.

Pyloroplastie et résection gastrique pour lésion multiple de l'estomac.

M Tuffier. — La chirurgie de l'estomac est bien établie dans ses grandes lignes, et les résections comme les anastomoses ne sont plus guère intéressantes que dans leurs résultats éloignés.

Nous pouvons donc aborder les indications et le manuel opératoire dans les cas un peu exceptionnels : c'est ce qui me fait

vous présenter cette pièce de résection de l'estomac et l'histoire de la malade qui portait une double lésion gastrique. Sténose du pylore et tumeur de la petite courbure complètement indépendante.

M. J..., cinquante-huit ans, entrée le 25 février 1899, salle Élisa-Roy, nº 2, Hôpital Lariboisière, sortie le 12 avril. Cette femme, d'une très bonne santé antérieure et n'ayant d'autre antécédent pathologique qu'une crise de colique néphrétique, il y a six ans, nous est adressée pour une tumeur de l'estomac. Les accidents gastriques, caractérisés par la perte d'appétit, le dégoût des aliments et des douleurs à l'épigastre, datent de huit mois, et se sont accompagnés d'un amaigrissement progressif considérable. Il n'y a jamais eu ni mélœna, ni hématémèse, ni douleurs violentes, ni aucun signe d'ulcère de l'estomac. Peu à peu apparut une tumeur douloureuse occupant la région épigastrique à droite de la ligne médiane; cette tumeur est dure, régulière, légèrement mobile; transversalement, l'estomac est dilaté, il affleure l'ombilic et présente le clapotement classique. La tumeur présente tous les caractères d'un néoplasme pylorique, et je ne trouve nulle part trace d'un signe de généralisation.

Le diagnostic tumeur de l'estomac est fait par deux de nos collègues, et l'intervention radicale paraît possible. Je pratique la laparotomie sus-ombilicale le 3 mars. Incision de 10 centimètres; l'estomac se présente et le premier fait qui me frappe est sa forme légèrement bilobée. L'exploration me fait constater deux foyers morbides, une induration pylorique et une tumeur complètement indépendante de la première, occupant la partie médiane de la petite courbure. Le pylore est amené à l'extérieur, il est induré, épaissi, le petit doigt ne peut pénétrer sa lumière, il est lisse, sans trace d'engorgement ganglionnaire. La tumeur de la petite courbure est au contraire du volume d'une grosse noix, très dure, irrégulière, l'épiploon gastrohépatique vasculaire est ratatiné à sa surface, et le tout donne l'idée d'un néoplasme adhérent; ganglions du volume d'un haricot dans l'épiploon, mais sans induration spéciale. N'ayant pas rencontré de tumeurs multiples de l'estomac, ainsi distantes, ne pouvant préciser la nature des lésions et considérant la forme régulière du pylore, et au contraire les caractères plutôt néoplasiques de la tumeur stomacale, je me décidai à pratiquer une pylorotomie qui me permette d'explorer plus complètement le pylore et la tumeur gastrique et d'agir sans augmenter les dangers de l'opération, suivant le résultat de cette exploration.

L'incision du pylore sur sa face antérieure dans l'étendue de 6 centimètres me fit constater que sa muqueuse était intacte, que sa paroi était fibreuse, blanche, mais sans vascularisation exagérée, sans noyaux de consistance différente. J'introduisis le doigt dans l'estomac, à travers cette incision, et je pus explorer la face interne, muqueuse de la tumeur de la petite courbure. Je trouvai une dépression dans laquelle mon index pénétrait sur une surface dure et ligneuse, irrégulière, bosselée. Mon incision pylorique confirmait, au contraire, mes présomptions en faveur d'une sténose simple.

Je fis donc la pyloroplastie, suivant Heineck Mickulicz : le rétrécissement était *peu épais*, *peu étendu*, *mobile*, et son processus de formation paraissait *bien éteint*; les indications que je considère comme principales de cette opération étaient bien nettes. L'induration de la petite courbure me semblait un néoplasme. Je réséquai l'épiploon gastro-hépatique et l'estomac à son niveau. Je fis la réunion de la plaie gastrique d'avant en arrière, puis je fis l'épiploo-gastropexie au niveau de la partie largement réséquée. Ma malade a guéri sans accident; elle est aujourd'hui dans un état général très bon, et son estomac fonctionne très bien. La pièce enlevée se présente à la coupe sous forme d'un noyau fibreux très dur, la muqueuse adhère à son niveau, et l'épiploon dur et adhérent à son niveau, ferait penser à un épithélioma interstitiel. L'examen histologique a été pratiqué par M. Cazin, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu. Les quelques coupes pratiquées n'ont montré qu'un tissu fibreux sans noyaux d'épithélioma. Il s'agissait donc d'un ulcère ancien; toutefois, cet examen ne peut être admis que sous bénéfice d'inventaire, puisque M. Hayem nous a appris qu'il faut souvent des centaines de coupes pour arriver à déceler les lésions épithéliales au milieu de ces tissus fibreux qui semblent former toute la lésion.

Je crois que, dans ces cas difficiles, la *pylorotomie* est un bon moyen d'exploration et comme elle peut conduire, sans lui nuire, à la pylorectomie, aussi bien qu'à la pyloroplastie, suivant qu'elle vous confirmera dans l'opinion d'une tumeur ou d'une sténose simple, elle ne me paraît pas devoir être si peu indiquée, elle ne mérite pas la place secondaire qu'on lui donne généralement. Je sais parfaitement, et par mes lectures et par mon expérience personnelle, combien il est difficile de préciser la nature d'une lésion gastrique, même après l'avoir ouverte sur la table d'amphithéâtre, combien ulcère et cancer se ressemblent quand ils ne sont pas associés. Il n'en n'est pas moins vrai que l'incision du pylore est un élément d'appréciation de plus et qu'il n'est pas négligeable puisque cette incision exploratrice peut devenir curatrice par sa transformation en pyloroplastie.

M. Poirier. — Le mercredi 22 mars, je vous ai présenté un cancer de l'estomac que j'avais enlevé le lundi précédent. La tumeur pesait 275 grammes; c'est, je crois, une des plus grosses qui aient été enlevées et j'avais été forcé pour faire une opération complète, de réséquer la presque totalité, les cinq sixièmes de l'estomac. Bien que l'opération eût duré plus de trois heures, l'opéré n'eut pas de réaction; il a quitté l'hôpital le dix-neuvième jour, parfaitement guéri de son opération et faisant quatre petits repas. La tumeur que vous avez vue paraissait double; en effet, il y avait sur la face postérieure de l'estomac un kyste de la grosseur d'une noix, surajouté à la masse épithéliomateuse. L'examen

de la tumeur, fait par M. Lœper, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma; quant au kyste, il contenait du pus; sans doute il était constitué par une péritonite enkystée, car toute la face postérieure de l'estomac était adhérente; l'examen du sang, fait aussi par Lœper avant l'opération, nous avait permis de soupçonner cette infection secondaire.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de voir chez Terrier une déformation analogue, et je crois que d'après ce que dit M. Tuffier c'est plutôt un ulcère. Je suis étonné que M. Tuffier, hésitant sur la nature de la lésion, se soit contenté de la pyloroplastie. J'aurais fait la résection.

M. Quénu. — Je vise dans la communication de M. Tuffier ce qui a trait à la difficulté de faire l'examen histologique. J'enlevai une tumeur qui, d'après Robin, était un cancer; la pièce enlevée, on crut à une linite. Les premières coupes étaient à l'appui de cette hypothèse : on trouvait du tissu fibreux et pas d'épithélioma.

Ce qui nous fit reconnaître la nature épithéliomateuse de la lésion, fut l'examen des ganglions lymphatiques; le ganglion, en effet, donne une culture pure de la lésion qu'il reproduit simplifiée.

Il me semble intéressant de signaler ce fait; du reste, je donnerai une note dans huit jours.

M. Tuffier. — Je ne croyais pas soulever une telle discussion à propos de ce simple fait. Les lésions chirurgicales multiples sur un même estomac sont rares; j'en ai vu seulement deux cas sur une centaine d'opérations; et ce que M. Poirier vient de vous dire est absolument en dehors de la question puisqu'il s'agit, dans son cas, d'une péritonite purulente enkystée. Ce qu'il vient de nous signaler sur l'examen du sang comme moyen de diagnostic des suppurations, est enseigné et pratiqué couramment par M. Hayem, depuis dix ans.

Quant à la logique de mon collègue Hartmann, elle ne me paraît pas précisément convaincante et voici pourquoi : je vous ai présenté ici même, il y a deux ans, une tumeur de l'estomac que j'avais enlevée dans un cas de diagnostic douteux et difficile. M. Terrier s'est élevé contre ma pratique, me disant que, dans les cas de doute, je devais faire la gastroentérostomie et non la résection. — Aujourd'hui, je vous présente un autre cas de tumeur : même lésion, même hésitation; je fais l'anastomose et M. Hartmann m'objecte : — pourquoi n'avez-vous pas tout enlevé? — Il faudrait s'entendre — ou plutôt cette diversité d'opinions prouve tout simplement que, dans les cas difficiles, on agit suivant son impression, son expérience, et le sens vers lequel vous entraînent vos constatations diverses qui font pencher, si peu que ce soit, le

plateau dans un sens. Il est facile de faire de la critique après coup, comme il est aisé de corriger un diagnostic après l'opération; mais, quand on est aux prises avec des difficultés réelles, on est moins affirmatif; et je trouve que la perplexité, pendant nos opérations, augmente avec l'expérience acquise.

En fait, l'argumentation porte à faux puisque mes malades ont guéri. Dans le premier cas, l'estomac que j'ai réséqué portait bien une tumeur maligne comme M. Hayem l'a constaté, et, dans le second, tout me porte à croire que ma malade guérie le restera longtemps

J'ai insisté devant vous, comme tous ceux qui ont fait beaucoup d'opérations, sur les difficultés du diagnostic (les pièces en main) entre un ulcère et un cancer. Je vous ai montré ici même, il y a un an, un malade que j'avais opéré pour un ulcère, *une année*, vous entendez bien, avant de vous le présenter, pour être bien sûr d'être à l'abri d'une erreur. Ce malade était alors gros et gras, mangeant et buvant, il n'en est pas moins mort ces jours derniers (deux ans après son opération) d'un cancer stomacal, dans le service de M Hayem. Voulez-vous un autre exemple ? J'ai opéré un homme pour un cancer de l'estomac diagnostiqué tel par deux maîtres en pathologie gastrique. La tumeur était énorme, inextirpable. J'ai fait une gastroentérostomie : mon malade opéré il y a un an se porte mieux que moi. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je ne vous apprendrais rien et je ne ferais que répéter une vérité bien acquise et dûment établie.

M. Quénu a appuyé ce que je vous disais, ou plutôt ce que m'ont appris Hayem et ses élèves Léon et Parmentier, sur la nécessité de faire des coupes innombrables avant de décréter non cancéreuse une lésion fibreuse stomacale; j'enregistre son avis conforme. Quant à son examen des ganglions, devenus bouillons de culture et réactifs du cancer, mon incompétence histologique m'empêche de le discuter. Mais ce que la clinique me permet de lui affirmer, c'est que nombre de gros ganglions, même dans un épithélioma, n'ont à la coupe aucune apparence d'altération cancéreuse. J'en ai envoyé ces jours derniers à mon collègue Letulle un superbe chapelet dans un grand épiploon. Quelques grains étaient cancéreux, d'autres semblaient des adénopathies simples. En revanche, j'ai vu de gros ganglions durs symptomatiques d'un vulgaire ulcère simple.

Le Secrétaire annuel,
A. ROUTIER.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 3 MAI 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine :

2° Un mémoire de M. Buffet (d'Elbeuf) : renvoyé à l'examen de M. Nélaton ;

3° Un mémoire de M. Lassabatie : renvoyé à l'examen de M. Tuffier.

Discussion

Sur le traitement de la tuberculose testiculaire (*suite*).

M. Tuffier. — Notre présente discussion, survenant dix ans après la démonstration de la *nature parasitaire de la tuberculose*, me semble avoir comme intérêt principal de voir quelle a été l'influence de cette notion nouvelle sur notre thérapeutique et les conséquences qu'elle a eues. Dans l'intervalle de ces dix années, une autre notion scientifique d'importance que je regarde comme égale à celle d'infection, est survenue : je veux parler de la *sécrétion interne des glandes* à canal excréteur, découverte par Brown-Séquard. C'est sur ces deux découvertes de physiologie pathologique que la thérapeutique jusqu'alors en honneur a pu se trouver modifiée, et notre discussion actuelle ne peut avoir d'autre but que de savoir dans quelle mesure.

L'idée d'infection qui a guidé au début notre conduite, me paraît

l'avoir égarée. Elle nous commandait de pratiquer et de poursuivre l'exérèse des tuberculoses locales avec la même persévérance que celle des tumeurs malignes, et de fait, dans les premières années de ma pratique, j'ai accepté ces vues simplistes, et, les appliquant au traitement de la tuberculose testiculaire, j'ai pratiqué quelques castrations. Mes maîtres Verneuil et Guyon m'avaient cependant montré les écueils de cette tendance, et je reconnus mon erreur dès 1890. J'avais opéré à l'hôpital Cochin, dans le service de mon maître Th. Anger, un jeune homme de quinze ans, atteint d'une tuberculose du testicule droit, et l'examen complet du malade m'avait démontré que le reste des organes génitaux urinaires et des différents appareils, était cliniquement indemne. Je fis la castration, et, un an après, ce jeune homme se présentait à moi avec un noyau de tuberculose chronique de l'épididyme gauche. Ce fait, joint à l'expérience plus grande que j'acquis de l'évolution des tuberculoses chirurgicales, me conduisit à rejeter comme base de ma thérapeutique la notion d'infection, pour lui substituer celle d'évolution, c'est-à-dire que je jugeai qu'il fallait se laisser guider non pas par l'anatomie pathologique brutale et stérile, mais par la physiologie pathologique. La tuberculose n'est pas cliniquement identique à elle-même dans toutes ses manifestations ; sa marche, sa gravité diffèrent suivant l'organe qu'elle frappe, suivant la forme anatomique qu'elle revêt, suivant la réaction des tissus autour de l'élément bacillaire. Nous pouvons ainsi établir une gradation progressive dans la gravité de ses lésions suivant l'organe atteint, suivant l'évolution des processus. A cet égard, rien n'est plus démonstratif que ce que nous voyons dans la tuberculose articulaire, dans les tuberculoses des séreuses pleurales et péritonéales qui, dans la grande majorité des cas, sont des infections à tendances naturellement fibroformatrices, qui souvent ne demandent qu'à guérir. Sans doute, les variétés les plus disparates existent dans ces cas, et vous trouverez toute une gamme dans la gravité des lésions, mais l'ensemble des faits permet certainement de regarder une tuberculose articulaire ou séreuse comme bien moins grave qu'une tuberculose pulmonaire.

La tuberculose du testicule doit être rangée, comme gravité, après la tuberculose articulaire. Toutes les variétés peuvent se présenter ; mais cette tuberculose est avant tout une tuberculose locale, à marche chronique lente, très lente, et dont le pronostic est par conséquent moins grave que celui des bacilloses pleurales ou péritonéales. J'ai vu des malades qui portent des altérations de ce genre depuis dix et même quinze ans, et qui n'ont point la moindre trace de généralisation. Il s'agit de tuber-

culoses testiculaires abcédées donnant parfois lieu à une légère poussée inflammatoire qui me conduisent ces malades tous les deux ou trois ans. — A côté de ces exemples de bénignité remarquable, j'ai vu un enfant atteint d'un testicule tuberculeux et succombant à une granulie, mais rien ne me prouve que cette bacillose testiculaire n'était pas elle-même secondaire à quelque foyer adénopathique ou viscéral. En général, la tuberculose testiculaire affecte une marche lente et chronique. Pour tenter d'établir une règle thérapeutique, pour avoir une base sérieuse d'appréciation de l'efficacité d'un traitement, il faut donc surtout et avant tout, tenir compte de ces évolutions cliniques naturelles, si variables, de la maladie; quelques observations, une centaine de cas observés, ne sont que des données bien insuffisantes pour avoir de telles prétentions. Si cependant je voulais m'essayer dans cette voie, je proposerais d'abord des distinctions bien nettes : 1° tuberculose hypertrophique ; 2° tuberculose atrophique, dégénérescence caséeuse épididymaire.

La *tuberculose hypertrophique*, dans laquelle la glande triple de volume et revêt l'aspect d'une tumeur avec laquelle je l'ai vue plusieurs fois confondue, me paraît justiciable de la castration. Je n'ai jamais eu à regretter mon intervention radicale dans ces cas; j'ai trouvé épididyme et testicule farcis d'énormes noyaux jaunes caséeux, plus ou moins ramollis, du volume d'une noisette à une noix.

La *tuberculose épididymaire simple, non abcédée*, est justiciable de l'ablation partielle. J'ai pratiqué l'épididymectomie, pour la première fois à Beaujon en 1883, et depuis lors je n'ai eu qu'à me louer de ces résections larges du tissu malade. J'avais été ébranlé dans ces convictions, ces jours derniers, par un malade de mon service de Lariboisière : cet homme avait subi, il y a deux ans, à l'hôpital Cochin, une résection partielle de l'épididyme pour une tuberculose, et il revenait dans mon service avec un nouveau noyau bosselé occupant le tiers moyen de la même région et compliqué d'une fistule; la base de la prostate était tuberculeuse. Je pensai à une récidive, je fis l'ablation totale, et l'examen de la pièce fait par M. Cazin, montra qu'il s'agissait de deux noyaux fibreux contenant chacun un fil de soie, reliquat fistuleux de la première opération, et sans tuberculose de voisinage.

Lorsque la tuberculose est *abcédée*, je l'ouvre et je la curette puis je touche ses parois avec le thermocautère ou le chlorure de zinc. Si l'abcès est ouvert et fistuleux, là encore je fais des applications d'ignipuncture dans le trajet et dans son noyau originel. J'ai ainsi un grand nombre de malades qui sont guéris, et j'en ai revu un, ces temps derniers, que j'avais opéré il y a trois

ans avec M. le Dr Leval. Ce traitement *conservateur* m'est inspiré par la notion de la tendance fibroformative des lésions, par leur bénignité et surtout par l'importance capitale de ménager la sécrétion interne du testicule, dont la spermatogénèse est nulle, mais dont les fonctions comme glande à produits résorbés sont conservées. Cette manière de faire qui, au premier abord, semble rétrograde me paraît vraiment être la seule que la pratique ait consacrée. J'ai pu suivre des malades depuis plus de dix ans : ils portent dans l'épididyme des noyaux avec une cicatrice adhérente; plusieurs fois, j'ai dû éteindre une pointe de thermocautère dans leur intérieur; en dehors de cette lésion parasitaire locale, ils sont absolument bien portants. Je ne considère pas la bacillose prostatique séminale ou même vésicale comme une indication ou une contre-indication opératoire absolue. L'*évolution* de la maladie, sa marche lente sont des facteurs d'une bien autre importance. Depuis sept ans je soigne un malade que j'ai vu, la première fois, pour un rétrécissement de l'urètre avec tuberculose vésicale épididymaire, prostatique et séminale, tuberculose vérifiée par la bactériologie. Son épididyme s'est abcédé deux fois, sans douleurs, sans suppuration abondante; deux fois j'ai fait l'ignipuncture. Ce malade est gros et gras, sans généralisation de sa bacillose, ses altérations prostatiques et testiculaires sont momifiées. Mais le fait le plus curieux et le plus démonstratif que je possède est celui d'un malade que j'ai souvent revu avec mon collègue Launois, et que nous soignions depuis notre internat à Necker, c'est-à-dire depuis 1884. Cet homme, bacillaire génital et vésical, nous a donné de ses bonnes nouvelles chaque année, jusqu'en 1896. Tout cela n'a d'autre but que d'établir par quelques faits pris entre mille, la bénignité, dans certains cas, de la tuberculose testiculaire.

Je ne suis pas conservateur « quand même », et j'ai pratiqué nombre d'ablations du testicule. Quand il s'agit de foyers suppurés multiples, quand, d'une façon générale, l'organe tuberculeux devient, par la suppuration profuse qu'il détermine, par les douleurs, par la gêne qu'il provoque, une *cause d'affaiblissement*, une cause de *diminution de résistance* pour le malade, je n'hésite pas à le supprimer, non pas pour endiguer la tuberculose, mais pour venir en aide à l'organisme dans sa lutte contre l'invasion bacillaire. Je n'insiste pas sur le moment opératoire. J'ai fait il y a quelques années un mémoire sur la nature de l'*hydrocèle* dans la tuberculose du testicule, et j'ai montré avec mon collègue Wurtz, la nature virulente du liquide; j'en ai conclu à la nécessité de faire l'ablation de la vaginale autant que possible sans l'ouvrir dans ces cas. Je me conforme à cette pratique qui est, je le vois avec plai-

sir, celle de mes collègues. Je fais maintenant l'angiothripsie du cordon sans aucune ligature, et depuis ce temps je n'ai pas eu de fistule.

Rapport.

Ulcère du pylore formant tumeur. Sténose pylorique; gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire et thérapeutique, par M. P. Mauclaire.

Rapport de M. HENRI HARTMANN.

Les cas de tumeurs inflammatoires consécutives à des ulcères de l'estomac sont bien connus; l'observation que nous a présentée M. Mauclaire nous paraît cependant digne de figurer dans nos Bulletins, parce qu'elle présente un double intérêt, anatomique et thérapeutique.

La malade, âgée de vingt-sept ans, s'aperçut, il y a deux ans, que ses digestions devenaient difficiles. Un traitement alcalin fut sans effet. Au bout de six mois survinrent des vomissements aussitôt après le repas. Ils étaient précédés d'une sensation de brûlure très douloureuse, au niveau de la région épigastrique; le maximum de la douleur était à deux centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic. Ces vomissements étaient, soit bilieux, soit alimentaires; ils contenaient quelques filets de sang à la fin de l'évacuation, mais il ne semble pas que la malade ait eu une franche hématémèse. Il y a deux mois la malade constata l'existence d'une tumeur paraombilicale que nous allons décrire plus loin. On comprend que dans ces conditions, la malade devint d'une maigreur extrême.

A son entrée à l'hôpital, les vomissements présentent les mêmes caractères et, ce qui est assez singulier, ils sont plus fréquents la nuit que le jour. En examinant la région épigastrique de la malade, qui, nous le répétons, était d'une maigreur extrême, on voit la paroi abdominale soulevée dans la région pylorique.

A la palpation, on trouve à ce niveau une tumeur du volume du poing, assez mobile transversalement, ayant une tendance à descendre vers l'ombilic et présentant des mouvements de propulsion provoqués par les battements de l'aorte abdominale. L'examen de la tumeur détermine des douleurs assez vives qui irradient jusque vers le thorax. De plus, il existe un point douloureux très net, au niveau du rachis, vers la dixième vertèbre dorsale.

La malade, très affaiblie, peut à peine faire quelques pas. Sa figure présente une teinte légèrement violacée et asphyxique. Le pouls n'est

pas fréquent, mais il est faible. Dans ces conditions, une intervention opératoire est décidée.

La malade est endormie à l'éther. La cavité abdominale étant ouverte, nous trouvons la région pylorique occupée par une tumeur aussi grosse que le poing. C'est cette tumeur intragastrique qui détermine la sténose pylorique. La surface séreuse du pylore est normale, sans adhérence. Approximativement, cette tumeur occupait le quart du diamètre transversal de l'estomac. Le reste de l'estomac est sain et le long de la petite courbure, il n'y a pas de ganglions. La tumeur était assez mobile, libre d'adhérences, et on pouvait être tenté de faire la pylorectomie. Mais, étant donné l'état de cachexie de la malade, M. Mauclaire, sur le conseil du professeur Le Dentu, dans le service duquel était la malade, se contenta de faire une gastro-entérostomie postérieure. Celle-ci fut pratiquée suivant les règles classiques : deux plans de sutures en surjet séro-séreux postérieurs et suivant une courbe à concavité antérieure; deux plans de sutures séro-séreuses antérieures à points séparés et suivant une légère courbe à concavité postérieure, incisions gastrique et intestinale et suture en surjet des deux muqueuses. Serrage des fils d'attente antérieurs, dont les extrémités sont nouées avec les fils extrêmes de la suture postérieure.

Comme incident particulier M. Mauclaire signale l'issue d'un peu de liquide stomacal qui fut vite essuyé. L'opération fut un peu longue, car sa durée totale fut de près d'une heure et demie. Mais l'examen de la tumeur et de ses connexions avait fait perdre quelque temps. Des injections intra-veineuses de sérum furent faites et relevèrent le pouls de la malade très affaiblie. Des compresses de vinaigre furent appliquées sur la région cervicale antérieure et diminuèrent probablement le nombre des vomissements qui furent peu abondants et peu fréquents. Des lavements alimentaires intensifs furent donnés le soir même et pendant quarante-huit heures. A ce moment, du lait et des jaunes d'œuf délayés dans du bouillon furent donnés à la malade en même temps que ces lavements alimentaires. Les suites de l'opération furent des plus régulières. Les fils de la paroi furent enlevés le 15 juin seulement. Le poids de la malade fut de 33 kilogrammes la première semaine après l'opération, de 40 kilogrammes après trois semaines et de 42 kilogrammes après quatre semaines. A cette époque, la palpation de la région pylorique permit de constater la disparition presque complète de la tumeur.

M. Mauclaire a examiné de nouveau cette malade, deux mois après l'intervention; la palpation, même profonde et pendant l'expiration, ne permettait plus de sentir la tumeur pylorique. Les digestions étaient parfaites, on n'a pas fait le tubage de l'estomac pour voir si celui-ci contenait de la bile. Enfin, examinée ces jours-ci par son médecin, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, la guérison s'est maintenue; la pression, au niveau de la région pylorique, est encore un peu douloureuse, mais il n'y a plus de tumeur appréciable à la palpation; la malade est très engraissée.

M. M auclaire termine son observation en nous disant, qu'étant

donné le résultat, une conclusion s'impose : c'est qu'il ne s'agit pas d'un cancer, mais d'un ulcère fongueux de la région pylorique formant tumeur. Nous sommes absolument d'accord avec lui sur ce point, et nous croyons la période d'observation suffisante pour nous permettre de rejeter le diagnostic de cancer qui aurait pu, au premier abord, se présenter à l'esprit.

Il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel, car s'il est encore relativement fréquent d'observer, en clinique, des ulcères formant tumeur, presque toujours il s'agit d'une tumeur inflammatoire avec périgastrite. Chez la femme observée par M. Mauclaire, il n'y avait aucune adhérence, la séreuse était saine. C'est là un fait absolument anormal. Il est connu cependant; nous vous rappellerons à cet égard une pièce de pylorectomie que nous a montrée, il y a un an, rotre collègue Monprofit, tumeur pylorique sans inflammation périgastrique. J'avais, pour ma part, émis l'idée qu'on se trouvait en présence d'un cancer; l'examen microscopique, fait par notre regretté ami Pilliet, montra que j'étais dans l'erreur et qu'on ne se trouvait qu'en présence d'une pseudotumeur, constituée par du tissu inflammatoire occupant l'épaisseur des tuniques stomacales. Il y a là un point intéressant et sur lequel je désirais attirer votre attention.

Un deuxième point que je tiens à mettre en relief, c'est la fonte rapide de la tumeur à la suite de la gastro-entérostomie. On a vu de ces tumeurs guérir par l'usage à l'intérieur du chlorate de soude. M. Chaput en a publié des observations (1). On en a vu disparaître après une simple laparotomie exploratrice. M. Dayot nous en a présenté un cas (2). Je crois cependant que la vraie ligne de conduite est celle qu'a suivie M. Mauclaire et que la gastro-entérostomie était indiquée. L'excellence du résultat obtenu vaut mieux du reste que tous les raisonnements pour légitimer la conduite suivie. M. Chaput nous a de même montré la rétrocession d'une tumeur, liée à un ulcère gastrique, à la suite de la gastro-entérostomie (3). Ce ne sont pas là des cas isolés. Je ne puis que vous confirmer ces faits et vous dire, en me reportant aux résultats de ma pratique personnelle, que le meilleur traitement chirurgical de l'ulcère gastrique ce n'est pas l'extirpation, c'est le traitement indirect par la gastro-entérostomie.

L'extirpation qui, dans les cas favorables, sans adhérences, semblerait à peine supérieure est, dans la réalité, inférieure à la gastro-entérostomie.

(1) *Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1894, p. 914.
(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 633.
(3) *Ibidem*, 1898, p. 126.

Elle a cependant été faite un certain nombre de fois pour des ulcères en voie d'évolution et a donné des succès entre les mains de Czerny (1), de Cordua (2), de Lambotte (3), d'Hofmeister (4), de Krogius (5), de Mikulicz (6), de Schuchardt (7), de Kolaczek (8).

Tout au plus indiquée pour les ulcères de la face antérieure de l'estomac, facilement accessibles et exposés plus que ceux des autres régions à la perforation, elle doit, à notre avis être rejetée dans tous les autres cas. La gastro-entérostomie a l'avantage d'être plus simple, d'être applicable à tous les cas, de pouvoir toujours être faite en tissu sain et d'agir sur toute la muqueuse gastrique, alors qu'après excision d'un ulcère on peut voir, comme le fait est arrivé à Schuchardt, un ulcère apparaître dans une autre région de l'estomac.

Sur un seul point nous adresserons une petite critique à M. Mauclaire, sur le manuel opératoire qu'il a suivi. Son opération a duré une heure et demie; c'est beaucoup pour une gastro-entérostomie. Nous croyons que si, au lieu de faire des points séparés, il avait eu recours à la pratique du double surjet il aurait gagné du temps.

Je suis depuis un assez grand nombre d'années un convaincu de la supériorité pour les opérations sur le tube digestif de la suture en surjet et vous ai, dès 1893, présenté une résection de l'intestin terminée par une entérorraphie circulaire à deux plans. Aujourd'hui que mon expérience s'est notablement étendue, je crois pouvoir, en toute sincérité, affirmer devant vous la bénignité des opérations gastro-intestinales, pourvu qu'on remplisse deux conditions :

1° *Opérer en foyer limité, pour ainsi dire extra-péritonéalement*, dans un espace partout cerclé par des compresses aseptiques;

2° Ne rentrer les parties dans l'abdomen *qu'une fois une bonne réunion faite*. Et selon moi la meilleure, la plus simple de toutes les sutures, c'est la suture en surjet à deux plans, un total comprenant toute l'épaisseur des diverses tuniques, suture occlusive et hémostatique, un isolant séro-musculoséreux, enfouissant le premier plan de suture et l'isolant de la cavité péritonéale.

(1) In Maurer. *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1887, t. XXX, p. 1.
(2) D'après *Revue d'Hayem*, t. XXXIV, p, 259.
(3) In Marion. Th. inaug. Paris, 1896-1897, n° 324, p. 231.
(4) *Beitr. z. klin. Chir.*, Tübingen, 1896, t. XV, p. 351.
(5) *Centr.-Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1896, p. 538.
(6) *Berlin. klin. Woch.*, 1897, p. 488, 522, 540, 561.
(7) *Centr.-Bl. f. Chir.*, Leipzig, 1894. beilage, p. 48.
(8) *Mitt. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, Iéna, 1896, t. I, fasc. 2.

C'est ce mode de suture que nous appliquons systématiquement à tous nos cas de chirurgie gastrique ou intestinale, quel que soit le siège de la lésion, quel que soit le genre d'intervention pratiquée, qu'il s'agisse d'un abouchement bout à bout, d'une fermeture d'extrémité sectionnée ou d'une anastomose latérale.

M. Quénu. — Je n'ai pas une très grande expérience du traitement de l'ulcère simple par la gastro-entérostomie; aussi je demanderai à M. Hartmann s'il n'a pas observé parfois à la suite de cette opération des hémorragies dues à une récidive. Je tiens en effet, de M. Monprofit qu'un de ses opérés de gastro-entérostomie présenta ultérieurement des hémorragies formidables. Ce n'est pas en effet, parce que l'on a fait la gastro-entérostomie que l'on est à l'abri de la survenue d'un autre ulcère. Aussi, impressionné par la conversation de M. Monprofit, dernièrement, dans un cas d'ulcère, je n'ai pas fait cette opération.

Il s'agissait d'un malade que m'envoyait M. Faisans avec le diagnostic de cholécystite, M. Chauffard était du même avis et mon diagnostic fut le même; je pensai à une cholécystite calculeuse ou non calculeuse. En effet, le malade avait été pris à un an de là, d'une douleur très vive, syncopale, il perdit connaissance et resta une demi-heure en cet état. Le lendemain, il présentait tous les signes d'un ictère des plus prononcés, avec de la décoloration des matières fécales, qui dura deux ou trois jours. Deux mois après, la douleur revint, moins forte, avec les mêmes accidents atténués. Rien ne survint depuis, mais il présentait une douleur fixe au siège de la vésicule biliaire et une absence complète de phénomènes dyspeptiques. Je fis une incision latérale et trouvai une vésicule présentant une tache rouge, tomenteuse. Il y avait dans l'étendue d'une pièce de 2 fr. une adhérence entre l'estomac et la vésicule, que je libérai avec le doigt. Ceci fait, je constatai un trou au niveau du pylore; je pus y enfoncer une sonde cannelée. Je suturai les tuniques musculaires et fis un surjet séro-séreux. Mon malade n'a pas eu d'hémorragie consécutive. Je cite cette observation à cause des difficultés du diagnostic et du traitement institué, et je termine en demandant à M. Hartmann s'il n'a pas vu de récidives à la suite de la gastro-entérostomie.

M. Tuffier. — Je voudrais dire un mot à ce sujet, m'étant beaucoup occupé de cette question de la gastro-entérostomie. Dans ma pratique personnelle, je n'ai jamais vu d'hémorragie succédant à cette opération. Je ne crois pas cet accident très fréquent.

La gastro-entérostomie, dans l'ulcère de l'estomac, donne vraiment des résultats merveilleux. J'ai vu des malades ayant

des ulcérations accompagnées de douleurs, d'hémorragie, de vomissements fréquents, qui étaient guéris après l'intervention. En effet, M. Hayem, auquel je les renvoyais pour la plupart, m'eût certainement avisé s'ils avaient eu des accidents. Je pourrais citer beaucoup de cas, mais je crains d'abuser de votre attention; aussi me bornerai-je à vous parler d'une femme que l'on m'envoya avec le diagnostic d'ulcère perforant et péritonite. Il n'y avait qu'un peu d'inflammation du péritoine. Je n'ai pas touché à l'ulcère et j'ai fait la gastro-entérostomie. La malade a très bien guéri et se porte très bien. depuis plus d'un an.

Quant à l'observation de M. Quenu, c'est tout simplement l'histoire d'une déchirure d'un ulcère pendant une libération d'adhérences, déchirure qu'il a suturée et cela ne modifie en rien nos opinions sur le traitement de l'ulcère gastrique par la gastro-entérostomie, traitement qui m'a donné de très beaux succès.

M. Routier. — J'ai présenté, ici même, dans la séance du 8 février une malade qui m'avait été adressée comme atteinte de néoplasme du pylore; je trouvai une adhérence de l'estomac au foie, que j'ai détachée et qui laissa sur l'estomac une ouverture de la grandeur d'une pièce de 5 fr. C'était, autant que j'ai pu en juger à l'œil nu, le vestige d'un ulcère simple. J'ai fermé ce trou, mais j'ai fait une gastro-entérostomie, de façon à obvier à la sténose pylorique; la malade va parfaitement. C'était certainement un ulcère et non un cancer.

M. Hartmann. — Je ne puis discuter le cas de M. Monprofit que nous mentionne notre collègue, M. Quénu; nous n'avons pas l'observation et ne pourrons en parler que lorsque nous aurons sur elle des détails précis. Je la laisse donc de côté, espérant que M. Monprofit voudra bien nous l'apporter à une de nos séances ultérieures.

Je répondrai à M. Quénu que j'ai toujours, chez mes opérés, observé, après la gastro-entérostomie, une guérison durable de l'ulcère. Je ne connais pas de faits de récidives publiés. Il y a deux ans, au congrès des chirurgiens allemands, la question a été discutée et tranchée dans le sens que je vous ai indiqué.

Le cas de M. Quénu rentre, du reste, dans la catégorie des ulcères de la face antérieure de l'estomac. Or, pour cette catégorie d'ulcères, j'ai admis la résection et la suture, et cela pour deux raisons : 1° parce que l'opération est simple, M. Quénu a pu s'en convaincre chez sa malade; 2° parce que ces ulcères sont, plus que les autres, sujets à donner les accidents brusques et graves de perforation aiguë de l'estomac.

J'aurais, chez la malade de M. Quénu, agi comme lui, et comme lui j'aurais, après libération, suturé la perforation. J'y aurais simplement adjoint une gastro-entérostomie, d'une part, pour guérir plus sûrement l'ulcère, d'autre part, pour pallier aux accidents ultérieurs possibles de sténose pylorique, l'ulcère dont vient de nous parler M. Quénu occupant cette région et pouvant, à la suite de sa cicatrisation, entraîner le développement d'un rétrécissement.

M. Quénu. — Je me suis précisément préoccupé du retrécissement consécutif possible, et j'ai fait la suture perpendiculaire au grand axe de l'estomac comme pour une pyloroplastie. Je ne critique pas la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, je demande seulement à M. Hartmann si, dans ses nombreuses lectures, il n'a pas trouvé des cas d'hémorragies persistantes chez des malades auxquels on avait pratiqué cette opération.

Néphrostomie pour anurie compliquant un cancer de l'utérus, par M. Chavannaz (de Bordeaux).

Rapport de M. BROCA.

Les lésions des reins au cours du cancer de l'utérus sont fréquentes et bien connues. Mais l'anurie qui, parfois, cause brusquement la mort, n'a pas été jusqu'à présent souvent combattue par une opération chirurgicale. Aussi, est-il intéressant de résumer devant vous l'observation que nous a adressée M. Chavannaz.

Une femme de quarante-trois ans fut admise, le 8 septembre 1898, à l'hôpital, n'ayant pas uriné depuis trois jours. Pâle, pupilles dilatées, elle était dans le coma, avec quelques périodes d'agitation ; température, 38 degrés. Le rein gauche ne pouvait être senti au palper, mais le rein droit descendait presque jusqu'à l'ombilic ; quelques gouttes d'urine seulement dans la vessie. Le toucher vaginal révéla un utérus immobilisé par un épithélioma infiltré dont les premiers symptômes dataient du mois d'avril 1897.

Une intervention chirurgicale d'urgence s'imposait en principe ; mais des circonstances indépendantes de la volonté de M. Chavannaz la firent différer. Une saignée de 500 grammes, suivie de l'injection de 500 grammes de sérum artificiel, fut donc pratiquée et renouvelée le lendemain. Le 10 septembre, la diurèse était obtenue. Mais, le 18 septembre, les urines se supprimèrent à nouveau, et cette fois une injection de sérum, pratiquée le 20 sep-

tembre, resta impuissante; le 25 septembre, à l'anurie, se joignirent de la céphalée, des douleurs de reins; le 26, un vomissement, bouffissure de la face, pupilles contractées, pouls à 120 degrés.

Aussi la néphrostomie lombaire fut-elle entreprise, à droite, parce que le rein droit descendait à l'ombilic, le rein gauche n'étant pas perceptible.

Les suites opératoires furent des plus simples. A partir du 30 septembre, un peu d'urine du rein gauche fut expulsée par l'urètre, mais cela ne dura pas. A partir du 14 octobre, le drain du bassinet droit fut remplacé par une sonde de Pezzer, adaptée à un urinal.

Le 10 novembre, la malade rentrait chez elle, et, le 8 mars 1899, elle était en bon état. Il existait cependant de l'œdème de la face et une albuminurie notable. Toute l'urine s'écoule par la fistule : le rein gauche ne fournit rien dans la vessie.

Ce dernier fait démontre que le rein gauche est atrophié, annihilé, et que l'anurie complète n'a pas été due, un des urètres étant obstrué, à un réflexe de l'autre rein, comme cela s'observe dans certaines anuries calculeuses, comme j'en ai publié un cas très net pour une obstruction cancéreuse de l'uretère gauche; dans ces cas, l'urine ne tarde pas à reprendre, pour une moitié du volume, la voie vésicale.

Si l'on envisage tout spécialement la néphrostomie pour anurie par cancer utérin, on constate que l'opérée de M. Chavannaz, actuellement vivante au bout de plus de 5 mois, est celle qui a le plus de survie parmi celles dont Picqué, Jayle et Labbé, Jayle et Desfosses ont publié l'histoire, et qui ont survécu 105, 19 et 73 jours.

Ces faits prouvent la valeur réelle de cette opération; et je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Chavannaz pour nous avoir envoyé une observation qui sort de la banalité courante.

Sur un cas de résection de l'estomac, présenté par M. J.-L. Faure.

M. TUFFIER, rapporteur.

L'observation que M. Faure nous a adressée, a trait à une question d'actualité. Depuis deux ans, je vous ai présenté une série de malades opérés d'affections de l'estomac, et nous avons déjà ébauché une discussion sur le meilleur mode d'abouchement des deux segments gastriques après la résection. La malade opérée par notre distingué collègue va nous permettre de reprendre cette discussion. Voici d'abord le résumé de son observation.

Une femme de quarante et un ans, et j'insiste sur cet âge, atteinte depuis sa jeunesse de troubles dyspeptiques, — j'insiste également sur cette date éloignée du début des accidents, car je l'ai rencontrée chez plus de la moitié de mes opérés de cancer de l'estomac — présente les premiers signes de cancer au mois de février 1898, sous forme de vomissements alimentaires avec signes de sténose incomplète du pylore — le tout s'accentuant progressivement jusqu'en novembre, époque à laquelle elle entre dans le service du professeur Landouzy. Survient alors un vomissement brunâtre, et une tumeur épigastrique mobile et dure. M. Landouzy porte le diagnostic : cancer de l'estomac, et envoie la malade dans le service de M. Reclus. Il n'existe aucun signe de généralisation, aucune métastase ganglionnaire. M. Faure l'opère le 20 novembre.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane, dans la région épigastrique, dépassant l'ombilic par en bas.

L'estomac est immédiatement reconnu et attiré hors du ventre, sans difficultés, car il ne présente que de très légères adhérences avec les parties voisines. Avant d'aller plus loin, le côlon transverse est relevé, et la première anse jéjunale reconnue et repérée avec des pinces de Kocher, de façon à être immédiatement trouvée quand viendra le moment de faire la gastro-entérostomie. Toute la région est garnie de compresses aseptiques.

Au niveau du pylore, on trouve un néoplasme volumineux qui s'étend sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac à une assez grande distance, mais qui a surtout envahi la petite courbure prise dans presque toute son étendue, jusque près du cardia. Quelques ganglions et quelques noyaux cancéreux sont disséminés autour du néoplasme et dans la partie de l'épiploon qni adhère à l'estomac. Ces quelques parties malades ou suspectes sont isolécs avec quelques pinces et quelques catguts.

Du côté du duodénum, le néoplasme s'arrête brusquement très près du pylore. Une pince clamp est mise en dehors du néoplasme, puis, en dehors de cette pince, à peu près au niveau de l'angle de la première et de la deuxième portion du duodénum, je donne un coup de pince à levier qui écrase complètement la tunique intestinale. Un fil de soie est placé dans le sillon d'écrasement et serré de façon à oblitérer le duodénum. Celui-ci est alors coupé en dedans de cette ligature. Mais à peine cette section est-elle faite que, sous l'influence de la pression des liquides contenus dans le duodénum, les tissus, étreints par la ligature, se déchirent, la ligature tombe et le duodénum s'ouvre pendant qu'au niveau de la muqueuse s'écoule une assez grande quantité de sang. Je saisis immédiatement la tranche duodénale avec quelques pinces, je ferme la lumière avec une soie appliquée, cette fois, au tissu non écrasé, formant ainsi un pédicule irrégulier, mais qui ne lâche plus, et j'enfouis ce pédicule sous une simple suture en bourse. Le duo-

dénum se trouve ainsi fermé très rapidement, immédiatement au niveau de la partie supérieure de la tête du pancréas. La région est nettoyée et le duodénum, ainsi oblitéré, est caché sous des compresses.

Je m'occupe alors de l'estomac.

Une longue pince à mors garnis de caoutchouc est placée en dehors du néoplasme, suivant une ligne qui s'étend de la petite courbure, près du cardia, à la grande courbure, sur son milieu. Comme du côté de la petite courbure la pression des mors est faible, je mets une seconde pince à mors plus petits, engagée, cette fois, du côté de la petite courbure. Le néoplasme paraît ainsi circonscrit à une distance de 2 centimètres environ. Entre la pince et le néoplasme, sur une longueur de 6 centimètres environ, je donne un coup de pince à levier, qui écrase complètement les parois de l'estomac et les détruit même par endroits, au point de les effilocher. Je place alors sur la zone écrasée uu fil de soie, après avoir desserré la pince clamp. Mais le tissu étreint par ce fil est sans résistance aucune, et l'estomac s'ouvre, pendant que son contenu vient souiller les compresses sous-jacentes. Je le saisis alors rapidement et je fais, sur la tranche stomacale qui saigne assez abondamment, un surjet rapide qui arrête le sang et ferme l'estomac. Je replace alors ma pince clamp et, renonçant à l'écrasement pour finir la section de l'estomac, je coupe rapidement celui-ci, entre deux pinces, jusqu'à la petite courbure, et je le ferme par un surjet avant d'enlever la pince.

Pendant ce temps M. Landouzy examinant la pièce enlevée, qui présente tous les caractères d'un cancer, déclare que, du côté de la petite courbure le tissu malade est largement dépassé, mais que sur les faces de l'estomac et vers la grande courbure, le tissu est encore suspect au niveau de la section. Je décide alors de réséquer une nouvelle portion de l'estomac, en m'éloignant beaucoup de la section déjà faite.

A ce moment, la moitié de l'estomac à peu près a été réséquée, et le surjet qui la ferme n'a pas moins de 15 à 20 centimètres de long.

Je place un nouveau clamp qui isole la plus grande partie du moignon stomacal restant et qui s'étend de la petite courbure, près du cardia, à la grande courbure, intéressant la grosse tubérosité. Le diamètre de l'estomac à ce niveau n'a guère plus de 10 centimètres, et la portion de l'estomac ainsi circonscrite, et qui reste attenante à l'œsophage, n'est guère que du cinquième des dimensions primitives du viscère.

L'estomac est coupé en dedans du clamp et fermé par un surjet rapide qui est lui-même enfoui, après enlèvement du clamp, sous un deuxième surjet. Celui-ci n'a guère que 10 centimètres de longueur et semble parfaitement étanche.

La région est nettoyée. On a sous les yeux l'arrière-cavité des épiploons et le pancréas dans toute son étendue.

Je me mets alors en devoir de terminer l'opération par une gastro-entérostomie. Je choisis la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

La région est nettoyée, les viscères sont remis en place et la plaie abdominale est fermée par deux plans de suture, un surjet péritonéal

au catgut et une série de crins de Florence sur la peau. Pansement à la gaze stérilisée.

L'opération a duré une heure et demie.

Les suites opératoires ont été bonnes. La malade n'a présenté aucun incident péritonéal, ni douleur abdominale ni vomissements. Elle a même, dès son opération, cessé de se plaindre de ses douleurs gastriques.

Pendant les trois premiers jours, la température est restée normale; la malade était seulement très faible et toussait un peu. Les jours suivants, elle fait une broncho-pneumonie légère et sort guérie le 8 décembre sans autre accident que le suivant : Quand elle mange, elle éprouve très rapidement une sensation de réplétion qui la force, bien qu'elle ait encore faim, à s'arrêter. Deux heures après le repas, elle ressent de nouveau une sensation de vide stomacal. Elle est donc forcée de manger souvent et par petites quantités. Ce fait se produit seulement avec les aliments solides, non avec les liquides, qui passent immédiatement dans l'intestin. La digestion ne provoque aucune douleur et ne s'accompagne pas de renvois, de nausées ni de vomissements. La langue est normale. La malade a chaque jour une selle semiliquide, brunâtre, assez fétide.

Examen anatomo-pathologique, fait par M. Labbé. — La tumeur occupe la région pylorique; elle s'arrête à l'entrée du duodénum et empiète sur la face antérieure et postérieure de l'estomac au niveau de l'antre du pylore et de la petite courbure sur une étendue de 6 centimètres.

L'orifice pylorique paraît complètement obstrué; cependant il laisse encore passer une sonde canelée.

La tumeur est dure, bosselée, sans adhérences avec les organes voisins. Lorsqu'on incise l'estomac, on voit que la muqueuse qui recouvre la tumeur est rouge, irrégulière, légèrement végétante, avec de petites exulcérations, sans ulcérations vraies. Le reste de la muqueuse stomacale présente un aspect normal. La tumeur est dure, crie sous le couteau et présente un maximum d'épaisseur de $0^{m},0015$. Le tissu est blanc, peu vasculaire, d'apect fibreux, sans suc. Les ganglions lymphatiques du pylore et de la petite courbure sont peu modifiés, les plus rapprochés du pylore atteignent à peine la dimension d'une petite amande, les autres ne dépassent pas celle d'un pois. Les premiers présentent à la section un aspect blanchâtre et un peu d'induration dans la région corticale. L'*examen histologique* a montré que la tumeur pylorique était formée par un *épithélioma* de l'estomac à cellules cylindriques, commençant au niveau des glandes de la muqueuse et envahissant toute l'épaisseur de la muqueuse. Le tissu conjonctif de cet épithélioma est très abondant; il s'agit d'un *squirrhe* et non d'un encéphaloïde.

Les ganglions les plus volumineux sont atteints de cancer dans leur région corticale; les plus petits sont indemnes.

Je pourrais, à propos de ce fait, reprendre bien des points encore litigieux de la résection gastrique. Il en est sur lesquels

nous sommes, je crois, bien d'accord et que nous ne saurions trop répéter et vulgariser.

Le cancer de l'estomac est une *affection exclusivement chirurgicale;* il nécessite l'intervention dès qu'il est diagnostiqué, et j'ajoute, pour ma part, qu'aucun cancer ne m'a donné des résultats opératoires et thérapeutiques aussi satisfaisants. C'est par années que se compte le bénéfice de l'opération, et la survie ainsi obtenue est réellement effective, puisque j'ai pu montrer ici et à l'Académie des malades en très bon état une année après leur opération. Je rappelle que leur cancer était étendu, il mesurait 15 centimètres chez l'un de mes opérés, ce qui ne l'empêche pas, depuis un an, de vivre de son travail. On ne saurait trop insister sur la valeur de ces résultats thérapeutiques, et je ne doute pas que le professeur Landouzy, qui accepte les idées que nous défendons, n'arrive à les propager.

Le second point acquis a trait à la médecine opératoire; tous les procédés d'anastomose sont bons : anastomose termino-terminale (1er procédé de Billroth), anastomose termino-latérale (Kocher), anastomose latérale, gastro-entérostomie (2e procédé de Billroth). Nous n'avons, après résection, qu'à choisir suivant la mobilité de ce qui nous reste ; à cet égard, on ne peut formuler aucune opinion *a priori.* J'ai pratiqué tous ces modes d'anastomose, et ce que j'en ai retiré pour mon instruction, c'est que rien n'est plus variable que la mobilité du pylore et du duodénum; cette mobilité varie non seulement avec les lésions pathologiques qui ont nécessité notre intervention, mais avec chaque sujet; la variabilité très grande de l'étendue des ligaments du pylore explique ces différences, et je considère *cette mobilité* comme un appoint considérable *dans la facilité* et la *bénignité* de nos opérations et comme la déterminante principale de l'adoption d'un procédé opératoire.

Il est un point moins connu, mais qui joue également dans cette détermination son rôle : c'est la *minceur*, la *friabilité*, l'*atrophie* des parois de la première portion du *duodénum.* J'ai vu cependant deux malades chez lesquelles l'épaisseur de ces parois jointe à leur brièveté, rendait très difficile et très périlleuse la suture duodéno-gastrique. Je n'hésiterais pas, devant cette minceur et cette friabilité, à rejeter la suture termino-terminale.

La question de l'engorgement ganglionnaire a été discutée; pour ma part, je me range catégoriquement à côté de ceux qui préconisent l'exérèse malgré l'adénopathie, et je crois que la présence de ganglions voisins du pylore et extirpables ne contre-indique nullement l'intervention radicale. Je considère la mobilisation possible ou non de la tumeur comme beaucoup plus importante. Je dis mobilisation et non mobilité, car j'ai eu deux fois à séparer

le côlon transverse adhérent à la tumeur, et mon malade a guéri dans les deux cas. Je ne vois pas que mes opérés adénopathiques aient récidivé plus tôt que les autres.

Je crois de même que l'étendue des lésions est un fait d'importance secondaire. Je vous ai montré ici même une jeune femme dont la partie restante de l'estomac, après résection, avait juste le volume d'une petite orange. Ces larges ablations n'ont d'autre inconvénient que d'obliger les malades à manger peu et souvent. Ma malade avait faim toutes les deux heures. Il en était de même de celle de M. Faure. Chez elle, les liquides semblaient ne faire que traverser l'estomac parce qu'ils ne rassasiaient pas cette femme, comme le faisaient les aliments solides.

Mais la question *principale* soulevée par M. Faure a trait à la fermeture temporaire des deux extrémités gastriques et duodénales *pendant l'opération.* Ce petit point de médecine opératoire mérite discussion, car supprimer ou diminuer la durée pendant laquelle le tube intestinal est ouvert dans le péritoine, c'est diminuer les chances d'inoculation péritonéale, c'est ramener une laparotomie avec résection gastrique à la valeur d'une simple laparotomie exploratrice un peu prolongée. Il faut à cet égard bien distinguer les différents temps d'une opération gastrique. Tant que le tube digestif n'est pas ouvert, ce n'est qu'une exploration simple et bénigne ; du moment où la muqueuse est ouverte les dangers se multiplient avec un coefficient énorme et les diverses manœuvres ultérieures peuvent toutes être septiques même après que l'ouverture de la muqueuse aura été close, et hermétiquement close. C'est ce principe qui a toujours dicté ma conduite opératoire en chirurgie gastrique ou intestinale. Il faut à tout prix diminuer ces chances d'inoculation et pour cela deux moyens sont applicables : 1° fermer le tube digestif dès qu'il est ouvert; 2° abréger la durée de l'opération ultérieure après cette ouverture, et pour cela faire toutes les manœuvres possibles, ligatures, suture d'attente, résections épiploïques avant d'ouvrir l'intestin. C'est l'idée qui a dirigé notre collègue Souligoux et ses successeurs, dans son procédé dont je ne repousse que les caustiques employés, car il prend bien le point d'appui sur la séreuse qu'il nous a montrée la plus résistante à l'écrasement.

Fermer aussi rapidement que possible le tube digestif? Tous les opérateurs s'en sont préoccupé et ont préconisé leur procédé. M. Faure nous propose, après beaucoup d'autres, la ligature en masse des extrémités gastriques et duodénales ; pour cela, il suffirait d'un fil de soie très solide et très énergiquement serré. Je ne puis admettre cette formule absolue. J'ai employé cette ligature dans mes opérations gastriques et intestinales et récemment

encore dans une résection de l'intestin grêle pour un rétrécissement tuberculeux. Dans l'ablation pylorogastrique, *la section de l'estomac*, après ligature aussi fortement serrée que possible, laisse un moignon très gros, formé par les épaisses tuniques musculaire et muqueuse, moignon dont il faut détruire la muqueuse, et qui est difficile à enfouir. Très souvent dans mes opérations, j'ai vu la paroi stomacale atteindre un centimètre d'épaisseur; la striction du fil était insuffisante pour réduire suffisamment cette épaisseur. *Pour le duodénum* à parois minces souvent atrophiées, la striction par un fil donne un résultat tout différent et une bonne soie bien serrée suffit à l'occlusion parfaite. Le moignon ainsi fermé est petit; il est facilement enfoui sous un rapide surjet séro-séreux ou sous une suture en bourse. J'ai pratiqué cette même ligature en masse sur l'intestin grêle dans deux entérectomies, et je m'en suis parfaitement trouvé. Il est d'autant plus regrettable que ce procédé soit insuffisant pour l'estomac, qu'il est simple, qu'il ne nécessite aucune instrumentation spéciale et que la simplification opératoire est toujours recommandable. D'ailleurs j'ai pu parler avec notre collègue de ces questions depuis son opération et nous sommes en pleine conformité d'idées. Nous sommes donc en possession d'un bon moyen d'occlusion d'un orifice intestinal.

Pour le large orifice stomacal, j'ai opéré comme il suit dans un cas de paroi très musclée. J'ai incisé toutes les tuniques sauf la muqueuse, et j'ai placé une ligature en masse sur cette dernière. Avant même de placer cette ligature, j'ai placé les fils séro-séreux allant de la face antérieure à la face postérieure de l'estomac, si bien que, aussitôt la muqueuse serrée et coupée, elle était enfouie sous la suture à la Lembert, dont il n'y eut qu'à tirer les fils placés d'avance, à la Harfeld. J'ai pu réussir ainsi, mais ayant repris ce procédé sur le cadavre, j'ai vu la constriction de la muqueuse arriver à la sectionner.

Messieurs, l'observation de M. Faure est intéressante, je vous propose de lui adresser nos remerciements et de vous souvenir qu'il est un des plus distingués de nos jeunes collègues et bien digne d'occuper un rang spécial dans nos futures élections.

M. Quénu. — J'ai pu, dans un cas, utiliser cette ligature en masse de l'estomac; je reconnais, avec M. Tuffier, que, dans la plupart des cas, elle est peu réalisable.

Communication.

Sur une forme particulière d'hydronéphrose qu'on pourrait appeler « hydronéphrose externe ou sous-capsulaire »,

par M. E. KIRMISSON.

Je désire, dans cette note, appeler l'attention sur une variété particulière d'hydronéphrose que j'ai eu récemment l'occasion d'observer et qui, si j'en crois mes lectures et mes conversations avec ceux de mes collègues qui sont plus particulièrement familiers avec la chirurgie rénale, doit être regardée comme fort rare. On pourrait, d'après ses caractères, lui donner le nom d'hydronéphrose externe ou encore sous-capsulaire. Voici le fait :

Le 9 mars dernier, entrait dans mon service à l'hôpital Trousseau une fillette de douze ans, qui, depuis trois ans, présentait des accès de colique néphrétique.

En 1896, sans cause appréciable, elle eut une première crise douloureuse qui dura vingt-quatre heures, et se manifesta par des irradiations dans la région lombaire et le flanc gauche. Vomissement bilieux, aucun phénomène particulier du côté des urines, qui restent claires et sont émises en quantité normale.

La malade reste un an sans rien éprouver d'anormal ; puis, en 1897, deuxième crise douloureuse, qui dure vingt-quatre heures comme la première et présente les mêmes caractères.

Depuis cette époque, la malade a eu, de temps en temps, des crises douloureuses et des vomissements survenant à intervalles irréguliers de trois semaines, deux mois, trois mois au plus.

Ces crises éclatent le plus souvent à la suite de fatigues, surtout à la suite de trajets en voiture ou en chemin de fer. Ces crises restent toujours bornées aux douleurs et aux vomissements ; jamais rien d'anormal dans les urines ; jamais de troubles de la mixtion, ou de graviers ; jamais de fièvre.

Le 9 février 1899, survient brusquement le matin une crise douloureuse, qui se prolonge jusqu'au soir et présente les mêmes caractères que les précédentes.

Le vendredi 17 février, nouvelle crise qui continue le 18 et le 19. Quatre à cinq jours après, le médecin de la malade remarque la présence d'une petite tumeur à la partie antérieure de l'hypocondre gauche. Deux jours de repos au lit suffisent pour la faire disparaître. La malade se lève et reprend sa vie habituelle ; mais, au bout de quelques jours, elle recommence à souffrir, la douleur reparaît et augmente peu à peu.

Le 9 mars 1899, un mois après le début des accidents, cette jeune fille entre à l'hôpital Trousseau.

Elle présente alors une tumeur volumineuse, occupant l'hypocondre et le flanc gauches, et faisant saillie sous la peau de la paroi abdominale, qui est soulevée en deux grosses bosselures étagées l'une audessus de l'autre. La tuméfaction s'étend en avant depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle mesure 14 centimètres de hauteur; transversalement, la tumeur s'étend jusqu'à la ligne blanche en dedans; en dehors, elle se perd dans le flanc gauche et la région lombaire du même côté. Par la palpation, une main placée à la partie antérieure de l'abdomen, l'autre à la région lombaire, on détermine facilement la sensation de flot.

Après s'être assuré que le rein du côté opposé fonctionne normalement, on pratique, le 14 mars dernier, la néphrotomie. Incision oblique allant de la onzième côte à la crête iliaque. On incise les fibres du grand dorsal, et l'on écarte le carré des lombs; au lieu de rencontrer alors, comme je m'y attendais, le rein enveloppé de son atmosphère adipeuse, j'aperçois au fond de la plaie, un mince feuillet bleuâtre, soulevé par du liquide. Je me demande tout d'abord si, bien que j'aie suivi la voie lombaire classique, je ne suis pas tombé sur le péritoine, mais je remarque dans l'épaisseur de cette poche bleuâtre des îlots graisseux, qui ont bien l'apparence de la capsule graisseuse du rein; avec la pointe du bistouri, je fais une ponction dans cette poche mince, et il s'en écoule une très grande quantité d'urines parfaitement claires. Au fond de la poche, on remarque un gros flocon grisâtre.

Lorsque la poche est complètement vidée, il est facile de se rendre compte qu'à la partie profonde se trouve le rein absolument disséqué, détaché de la capsule, comme il le serait par une hydrotomie sur le cadavre.

La poche de l'hydronéphose était représentée par la capsule ellemême isolée de l'organe. Il y a eu décortication du rein par le liquide qui s'est accumulé en dehors de l'organe et du bassinet sous la capsule; c'est, en un mot, une hydronéphose sous-capsulaire. Dans la poche de l'hydronéphrose flottent quelques débris du rein.

Je n'arrêtai pas là, bien entendu, mon opération, mais j'incisai le rein lui-même. Pour cela, je traversai son bord convexe par deux fils de soie et je l'attirai au dehors autant que possible. De l'intérieur même du rein il s'écoula alors une certaine quantité d'urine claire, mais très petite en comparaison de celle qui était située sous la capsule. Malgré les recherches les plus minutieuses et les plus prolongées, il me fut impossible de trouver aucune trace de calcul. Je terminai l'opération en suturant les lambeaux capsulaires à la peau de la région lombaire. Les suites ont été parfaitement simples. Mais la malade conserve une fistule lombaire, et je me propose de faire pratiquer ultérieurement chez elle le cathétérisme de l'uretère.

Le point sur lequel je désirais particulièrement insister, c'est l'existence de cette forme d'hydronéphrose qu'on pourrait appeler hydronéphrose externe ou sous-capsulaire. Elle est intéressante à

signaler, car si l'on n'était prévenu de son existence, on pourrait se trouver embarrassé au cours d'une opération. Elle paraît extrêmement rare, car plusieurs de mes collègues particulièrement versés dans l'étude de la chirurgie rénale m'ont dit ne l'avoir jamais rencontrée. M. Albarran en a observé un cas sur le vivant, et il est arrivé à la reproduire dans ses expériences sur les animaux. Il va du reste soumettre à votre examen une pièce qui fournit un exemple de cette variété spéciale d'hydronéphrose.

Présentations de malades.

Fracture oblique comminutive indirecte de la clavicule. Déplacement considérable. Impossibilité de réduction. Suture de la clavicule. Guérison et retour des mouvements.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un homme de vingt-six ans, emballeur, qui en chargeant un ballot de chiffons de 150 kilogrammes, qu'il soutenait de l'épaule droite, à trébuché et et a été projeté violemment sur l'épaule gauche.

On constate une fracture de la clavicule, pour laquelle on le soigne pendant douze jours. Il n'entra à l'hôpital que douze jours après l'accident.

Nous constatons un énorme déplacement; le fragment interne, saillant et pointu, menace la peau. Il est impossible de réduire et il n'y a aucune trace de consolidation commençante.

Dans ces conditions, il me semble que la suture soit indiquée. La radiographie faite avant l'opération, nous montre l'énorme déplacement de la fracture et sa variété. L'opération fut pratiquée le 18 mars, dix-huit jours après l'accident.

La mise à nu du foyer nous montra une fracture esquilleuse avec deux fragments intermédiaires que ne montre pas l'épreuve radiographique. L'un est complètement libre, l'autre est encore adhérent. Je conserve ce dernier. Le fragment interne est tellement aminci qu'il est très difficile de faire la suture; il n'y avait pas à songer à faire l'enlacement par le fil d'argent des deux fragments; j'ai passé le fil suivant l'épaisseur la plus grande d'arrière en avant.

Les fragments rapprochés, suture des téguments.

Pose d'un appareil, qui maintient l'épaule dans la position classique.

Réunion immédiate.

Vous voyez que le malade est actuellement guéri, mais ayant un cal épais très solide, il est vrai, avec les fonctions du bras rétablies dans leur presque totalité ; l'élévation verticale du bras est presque complète.

La radiographie faite ces jours-ci, vingt-cinq jours après la suture, nous montre que les fragments ont chevauché de haut en bas maintenus par la suture, ce qui nous explique l'épaisseur verticale du cal de la fracture.

En somme, excellent résultat fonctionnel et bon résultat esthétique.

M. Quénu. — J'ai fait une suture de la clavicule, dans des conditions analogues, trois semaines après l'accident. C'était un officier de cavalerie. Il avait un énorme cal et des douleurs atroces sur le trajet du médian et du radial. La consolidation était peu avancée ; dans le cal, les fragments étaient mobiles ; les douleurs étaient causées, non pas tant par la compression, mais par la blessure que produisait une aiguille osseuse sur les nerfs du plexus. L'ablation seule de cette aiguille devait donner un excellent résultat : le cal s'est résorbé, et le malade a guéri.

M. Michaux. — J'ai fait trois fois la suture de la clavicule ; je me suis très bien trouvé de perforer les fragments, et de passer un double fil, je n'ai ainsi pas eu de chevauchement.

M. Schwartz. — Ici, on ne pouvait guère le faire, les fragments étaient trop minces.

Présentation de pièces.

M. Albarran présente une *hydronéphrose sous-capsulaire expérimentale*. — Renvoyé à une commission : M. Kirmisson, rapporteur

---

Vote.

SUR LA DEMANDE D'HONORARIAT DE M. BERGER

Votants : 20.

A l'unanimité, M. BERGER est nommé membre honoraire.

Le Secrétaire annuel,
A. ROUTIER.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 10 MAI 1899

Présidence de M. Pozzi.

Rectification au procès-verbal.

M. Reynier adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« Je vous serais reconnaissant de faire lire cette note, et de la faire insérer dans le prochain procès-verbal.

« Dans son résumé très habile de la discussion sur l'appendicite, où il répond peu aux objections, M. Poirier, interprétant mal ma pensée, très adroitement paraît me mettre en contradiction avec moi-même.

« Il dit en effet : « Reynier croit que si l'on vide l'intestin par de petits lavements, ou des purgatifs légers au début de l'appendicite, l'affection évoluera plus bénignement. Il est seul de cet avis, qu'il paraît abandonner à la fin de sa communication, quand il proscrit les purgations intempestives pour l'appendicite au début. »

« Or j'ai toujours soutenu, et ai été un des premiers à soutenir, comme toutes mes communications antérieures en font foi, qu'au début de l'appendicite, il fallait avant tout immobiliser l'intestin, et s'abstenir de tout purgatif.

« Je n'ai jamais changé d'opinion depuis. Si j'ai dit que dans quelques cas je me suis trouvé bien de faciliter les selles par un petit lavement ou un purgatif léger, poudre laxative de sels de Vichy, follicules de séné lavés à l'alcool, je n'ai jamais dit que ce fût au début.

« Ce n'est que lorsque l'orage initial est calmé, lorsque le malade a rendu des gaz, lorsque tout signe de péritonisme a disparu, vers le cinquième ou le sixième jour d'une appendicite traitée par le repos et la glace, que je crois qu'on peut faciliter par ces moyens une selle, qui tarde trop à venir. Mais j'ai tellement peur des purgatifs que, même loin du début, je dis encore

de n'employer que ce qu'on connaît de plus léger comme purgatifs.

« En agissant ainsi, je crois d'ailleurs ne faire que ce que font beaucoup de mes collègues, lorsqu'ils se décident à laisser refroidir une appendicite.

« Croyez, mon cher Président, etc. »

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre du professeur Berger, pour remercier la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

Nécrologie.

M. Pozzi. — J'ai la triste mission de vous faire part de la mort de notre collègue Georges Assaky, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest, qui a succombé prématurément à l'âge de quarante-quatre ans.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien agrégé de la Faculté de Lille, directeur de l'Institut gynécologique récemment fondé à l'université de Bucarest, secrétaire général de la Société de gynécologie et chirurgie abdominale de cette ville, Assaky était correspondant *national* de notre Société de chirurgie. Il avait tenu, en effet, à échanger ce titre contre celui de correspondant *étranger*, au moment d'un retour momentané en France qu'il considérait comme une seconde patrie. Ses nombreux travaux témoignent de son activité, parfois un peu inquiète, de son originalité et de sa solide instruction.

La Société de chirurgie de Paris s'associera tout entière au deuil de sa famille, de ses amis et de son pays.

A l'occasion du procès-verbal.

Au sujet des fractures de la clavicule,

par M. SIEUR.

Fracture ancienne non réduite de la clavicule droite ; cal difforme comprimant le plexus brachial ; impotence fonctionnelle du membre. Réduction, avivement et suture des fragments. Guérison.

Le nommé S..., cavalier de 2e classe au 10e régiment de cuirassiers, entre dans nos salles, à l'hôpital Desgenettes, le 11 octobre 1894, pour des accidents nerveux consécutifs à un cal difforme de la clavicule droite.

S... nous raconte qu'il y a dix mois, le 8 décembre 1893, il a fait une chute de cheval au manège et s'est fracturé la clavicule droite à l'union du tiers moyen avec le tiers externe. Bien qu'elle ait été immédiatement immobilisée pendant plus d'un mois par un appareil approprié, cette fracture s'est consolidée très lentement et a été le point de départ d'accidents nerveux localisés au membre supérieur droit et au tronc, rendant tout service impossible.

S... est un robuste cavalier n'ayant fait aucune maladie, soit avant, soit depuis son incorporation, et ne présentant en particulier aucune tare spécifique. En examinant par comparaison ses deux membres supérieurs, on s'aperçoit que le membre droit, sans être très atrophié, est plus grêle que le membre gauche, surtout au niveau de l'avant-bras. Le moignon de l'épaule droite est abaissé et porté en dedans ; à 10 centimètres et demi de l'articulation sterno-claviculaire droite, on constate la présence d'un cal volumineux et difforme constitué par le chevauchement des deux fragments. Le fragment externe est porté en bas et en arrière, le fragment interne est soulevé en haut et en avant, ce qui entraîne un raccourcissement de l'os de 3 centimètres et demi.

En essayant de saisir avec les doigts le cal volumineux qui comble en partie le creux sus-claviculaire, on provoque une douleur vive qui se propage sous forme de fourmillements intenses aux trois premiers espaces intercostaux droits et à toute l'étendue du membre supérieur correspondant. L'extrémité du fragment interne, bien qu'elle soit enrobée dans un tissu moitié osseux, moitié fibreux, n'en présente pas moins des aspérités nombreuses qui contusionnent la peau sus-jacente et rendent très pénible la présence de l'équipement, particulièrement celle de la cuirasse.

L'extrémité du fragment externe, que l'on ne sent qu'en enfonçant profondément les doigts dans le creux sus-claviculaire, est également très irrégulière, et, comme elle correspond au passage du plexus brachial, on s'explique très bien les douleurs et l'impotence fonctionnelle qui ont poussé S... à réclamer une intervention. Du reste, bien que les fragments paraissent unis solidement l'un à l'autre par le cal ostéo-

fibreux qui les entoure, il semble qu'il y ait un certain degré de déplacement et une projection du fragment externe en arrière lorsqu'on essaie de soulever le membre, attendu que le blessé accuse aussitôt une exagération de ses douleurs et des fourmillements analogues à ceux que provoque la pression directe exercée au niveau du cal.

Les douleurs éprouvées par S... se propagent du côté du thorax au niveau des trois premiers espaces intercostaux et dans toute l'étendue du membre droit, avec une intensité peut-être plus grande dans le territoire du brachial cutané interne. Sourde à l'état de repos, la douleur s'exaspère au point de devenir rapidement intolérable pendant les mouvements actifs; elle s'accompagne alors d'une sorte de frémissement, de fourmillements surtout perceptibles au bout des doigts, ce qui rend le membre à peu près impotent. Bien qu'il n'ait pas d'antécédents rhumatismaux avérés, S... souffre davantage le soir et par les temps humides.

L'état de la sensibilité, explorée sous toutes ses formes, est reconnu à peu près normal : pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie; la sensibilité au contact, au froid et à la chaleur est égale des deux côtés.

Par contre, la motricité est très atteinte; si les deux épaules ont le même périmètre, le bras et l'avant-bras droits ont un centimètre de moins de circonférence, ce qui représente une diminution notable si l'on tient compte de ce fait que le malade est droitier et non gaucher.

Si tous les mouvements sont possibles volontairement, tous sont douloureux et s'exécutent avec moins de force et de précision. La pression mesurée au dynamomètre donne 50 kilogrammes à gauche et 30 kilogrammes seulement à droite; de même, la force de traction est de 20 kilogrammes à droite et 30 kilogrammes à gauche.

Bien qu'il n'existât aucun trouble trophique, et que la circulation du membre parût normale, nous n'avons pas hésité à intervenir chirurgicalement, estimant que seules l'ablation du cal et la réduction des fragments pourraient mettre fin aux troubles nerveux et moteurs que nous venons de signaler.

Le 28 octobre 1894, une incision de 8 centimètres faite sur le bord supérieur de la clavicule et ayant son milieu au niveau de l'extrémité du fragment interne nous mène très rapidement sur le cal. Protégeant à l'aide d'écarteurs et d'une spatule mousse les parties molles sous-jacentes, nous ruginons avec soin le fragment interne. Le périoste relevé, on constate qu'il existe au niveau des deux bords antérieur et postérieur des jetées osseuses qui unissent les deux portions d'os tout en leur laissant cependant une certaine mobilité. A l'aide d'un fin ciseau et du maillet, nous sectionnons ces jetées de façon à pouvoir mobiliser le fragment interne et le soulever en haut et en avant. Ceci fait, une très mince lame de scie à chantourner est introduite sous le fragment, qui est sectionné en biseau, aux dépens de sa face supérieure, obliquement de bas en haut et de dehors en dedans.

Maintenant soulevé le fragment interne ainsi avivé, nous ruginons avec le plus grand soin le fragment externe dont les aspérités noyées dans du tissu ostéo-fibreux plongent profondément en arrière et

viennent se mettre en contact avec les troncs du plexus brachial. Pendant qu'un aide refoule fortement en arrière le moignon de l'épaule de façon à faire basculer en avant l'extrémité du fragment externe, une sonde de Blandin est passée en arrière de ce dernier et nous pouvons l'aviver à l'aide d'un trait de scie oblique de bas en haut et de dehors en dedans, comme nous l'avons fait pour le fragment interne. La totalité d'os réséqué mesure approximativement 1 centimètre, soit un demi-centimètre pour chaque fragment. Toutes les aspérités du fragment externe ayant été ainsi enlevées par la résection qui a surtout porté sur la face inférieure du fragment, il nous est assez facile d'amener en contact les deux moitiés de la clavicule, grâce au refoulement en arrière du moignon. L'adaptation nous paraissant suffisante, nous faisons avec l'aide d'un fin perforateur un premier trajet allant de la face supérieure vers le milieu de la surface d'avivement. Mais craignant que la coaptation ne soit pas suffisamment assurée par un seul fil, nous mettons à profit l'épaississement subi par les fragments dans le sens antéro-postérieur et nous plaçons un deuxième fil suivant un trajet légèrement ascendant de bas en haut et d'arrière en avant. Du reste, comme nous nous sommes servi de soie forte pour pratiquer cette suture, nous avons pu nous contenter d'un foret très fin et éviter ainsi l'éclatement des fragments. Il semble, du reste, que cet éclatement soit moins à craindre quand on opère à une date relativement éloignée de l'accident, grâce à la présence des couches osseuses néoformées qui augmentent l'épaisseur et la résistance des fragments.

Quant à la soie dont nous nous sommes servi pour pratiquer cette suture, nous ne nous faisons pas d'illusion sur ses inconvénients. Outre qu'elle peut se rompre ou même être sectionnée par l'os, elle est forcément destinée à être résorbée. Or, les faits de fracture récidivante de la rotule, alors que l'on s'était contenté de rapprocher les fragments par une suture à la soie, montrent que la présence permanente d'un fil métallique au milieu du cal ne peut que donner à ce dernier une résistance plus grande. Mais ce qui, chez notre malade, nous a fait préférer la soie au fil d'argent, c'est que nous avions peur de faire éclater les fragments et que nous craignions que la présence du nœud métallique immédiatement au-dessous de la peau ne fût ultérieurement une cause de gêne.

Quoi qu'il en soit, après avoir suturé les lambeaux périostiques et réuni complètement les lèvres de la plaie, le membre fut immobilisé à l'aide de la bande plâtrée préconisée par M. le professeur Le Dentu.

Aucun incident fâcheux n'étant survenu immédiatement après l'intervention, l'appareil est laissé en place vingt-huit jours, jusqu'au 26 novembre. A cette date, la plaie opératoire est complètement cicatrisée, n'adhère pas aux parties sous-jacentes et n'est pas douloureuse. Grâce à l'immobilisation du membre et à la parfaite docilité de l'opéré, les fragments sont restés dans une rectitude parfaite et paraissent déjà en partie consolidés. Les douleurs irradiées jadis à tout le membre se sont atténuées progressivement, et c'est à peine si l'opéré accuse encore,

de temps à autre, de légers fourmillements à l'extrémité des doigts. Par contre, l'articulation sterno-claviculaire droite est devenue sensible, et, lorsque nous essayons d'imprimer au membre de légers mouvements, S... n'accuse aucune douleur au niveau du cal et localise toute sa souffrance dans cette articulation.

Un coussin cunéiforme est appliqué dans l'aisselle droite et le membre immobilisé par une écharpe de Mayor.

Le 29 novembre, on commence à faire exécuter au malade quelques mouvements. Il y a très peu de raideur articulaire, et à part les mouvements d'élévation et d'abduction, tous les autres s'exécutent assez facilement et sans provoquer de douleurs. On commence le massage et l'électricité, mais dans l'intervalle des séances, on remet le membre dans une écharpe.

Le 16 décembre, les mouvements de l'avant-bras et de la main se font avec leur facilité habituelle; cependant, à la fin de l'extension, la main est parfois agitée d'un tremblement assez violent. L'abduction et l'élévation du bras sont encore limitées, bien que le blessé puisse porter seul la main droite au-dessus de l'oreille correspondante. Dès qu'il cherche à mettre le bras horizontal, même en s'aidant du bras gauche, le cal devient douloureux. L'articulation sterno-claviculaire est également sensible, surtout si l'on essaie de porter la main droite vers l'épaule gauche.

7 *janvier* 1895. — Tous les phénomènes douloureux, antérieurs à l'opération, accusés par le malade du côté du membre supérieur droit et du thorax, ont complètement disparu. Depuis huit jours, on a supprimé le port de l'écharpe, aussi les mouvements du membre ont-ils récupéré plus de force et plus d'ampleur. Seule l'élévation reste limitée. La force de pression mesurée au dynamomètre accuse 31 kilogrammes de la main droite, soit un bénéfice de 1 kilogramme depuis l'intervention. On continue le massage, les bains et l'électricité,

17 *janvier*. — Par suite de l'encombrement du service, A. S... est évacué sur la salle des convalescents. A cette époque, le dynamomètre accuse une augmentation de force de 2 kilogrammes (32 kilogrammes au lieu de 30 kilogrammes). Les mouvements des doigts et de l'avant-bras s'exécutent normalement. Mais pour porter facilement la main droite sur la tête, le malade prétend qu'il est obligé de mettre la main gauche sur la clavicule droite, sinon il éprouve au niveau du cal et de l'articulation sterno-claviculaire, une gêne assez grande. Le cal n'est point difforme et les deux fragments ne présentent pas le moindre chevauchement.

Les masses musculaires du bras et de l'avant-bras n'ont pas encore repris leur volume, et la mensuration indique une prédominance d'un demi-centimètre, en faveur du membre gauche.

En juin, 1895, soit huit mois après l'opération, le médecin du corps qui avait bien voulu examiner S..., nous écrit qu'on ne sent aucune tuméfaction au niveau de la fracture, que tous les

mouvements du membre s'exécutent sans aucune gêne, et que S... a depuis longtemps repris son service.

Nous avons eu l'occasion de le revoir, nous-même, le 25 février 1896, seize mois après notre intervention. Il n'y a pas de cal exubérant; la clavicule droite mesure 1 centimètre de moins que celle du côté gauche. Tous les mouvements du bras sont normaux et ne provoquent aucune gêne, soit du côté du cal, soit du côté de l'articulation sterno-claviculaire. Les masses musculaires sont égales des deux côtés; quant aux anciennes douleurs, elles ne sont plus représentées que par une légère sensation de froid quand le malade est exposé à l'humidité.

En résumé, nous avons eu affaire chez notre malade à une fracture ancienne de la clavicule, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers externe, et avec chevauchement considérable des fragments. La réduction immédiate n'ayant pu être obtenue, le fragment externe, très irrégulier, est devenu une cause d'irritation permanente pour le plexus brachial, avec lequel il se trouvait en contact. Notre malade se plaignant tout à la fois de phénomènes douloureux et d'une impotence fonctionnelle, manifestement consécutifs à la compression des troncs nerveux par le cal, l'intervention nous a paru être le seul traitement rationnel. Cette intervention devait avoir pour but l'ablation des parties exubérantes du cal, la réduction, l'avivement et la suture des fragments. La disparition très rapide des accidents nerveux et le retour progressif de la force musculaire ont pleinement justifié cette conduite.

Discussion

Sur le traitement de la tuberculose testiculaire.

M. Félizet. — La discussion du traitement de la tuberculose testiculaire semble close : elle a comporté deux conclusions différentes, suivant l'âge des malades.

Nous avons parlé de la castration comme d'une opération nécessaire dans le jeune âge. C'est aussi une opération inoffensive, grâce à la simplicité, la rapidité et la sécurité du procédé que nous avons mis en usage depuis plus de quinze ans et que voici :

Nous respectons le scrotum, dont la structure se prête mal à une suture parfaite, et auquel il est intéressant pour plus tard d'épargner la trace d'une cicatrice apparente.

C'est en arrière des bourses, à la limite du périnée, que nous agissons.

La main gauche saisissant en plein le testicule le refoule en arrière et en bas, contre le périnée : une incision antéro-postérieure, filée à égale distance du raphé et du pli génito-crural, incision dont la longueur ne dépasse pas *deux centimètres* pour LES ENFANTS et *quatre* ou *cinq centimètres* pour LES ADULTES, met à nu les derniers faisceaux du cremaster.

Une petite incision transversale les libère et le testicule, qui bombait, s'énuclée en entier, par la pression de la main gauche, sans qu'on ait eu besoin d'ouvrir la vaginale.

La masse est attirée en bas et deux pinces à pression, placées *au plus haut* du cordon, très au delà de la zone malade, près de l'orifice inguinal externe, jouent le rôle des pinces longues employée pour l'hystérectomie vaginale. Le testicule est, au-dessous d'elles, détaché d'un coup de ciseau. L'opération n'a pas versé un gramme de sang : elle n'a pas duré une minute.

Les pinces sont retirées après quarante-huit heures; la cavité se comble et la cicatrice est invisible, derrière un scrotum qui a gardé les dimensions et l'apparence d'un scrotum habité.

C'est cette cicatrice masquée qui m'a paru surtout intéressante, car le procédé d'hémostase n'est, en fait, qu'un emprunt à la gynécologie et les inconvénients des incisions intéressant le scrotum ont été mentionnés depuis longtemps par nos maîtres, MM. Tillaux, Guyon et Duplay.

Je me propose de simplifier encore l'opération à l'avenir, en supprimant les pinces à demeure et en appliquant la méthode de broiement du docteur Doyen, de Reims. Il est certain, pour moi, que la guérison sera deux fois plus rapide.

Je n'ai parlé jusqu'ici que du cas dans lequel le testicule tuberculeux ne s'est pas ouvert sur le scrotum. Quand une ulcération existe, j'ai toujours recours au procédé de la castration *pré-périnéale*, mais j'ai d'abord circonscrit l'ulcère par deux incisions en demi-cercle, de façon à mobiliser l'organe pour l'engager dans la baie de mon incision postérieure, qui nous assure ici, plus que jamais, les avantages d'une ouverture déclive; deux ou trois points de catgut rapprochent les lèvres de l'incision pratiquée au scrotum; le tout guérit parfaitement.

M. QUÉNU. — Le traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme a été remis en discussion par le rapport de M. Reynier, rapport dont M. Berger a adopté à peu près les conclusions. Ces conclusions sont radicales et tout en faveur de la castration, conformes à celles qu'avait émises notre regretté collègue Terrillon, dans la séance du 14 janvier 1891.

Il y a plus de trois ans, je me suis élevé déjà contre l'absolu des

idées de Terrillon. Le 22 avril 1896, en effet, bien avant que M. Duplay eût parlé dans le même sens au congrès de Moscou, j'ai présenté ici un malade auquel j'avais fait une opération économique pour un testicule tuberculeux, et j'ajoutais les réflexions suivantes :

« Je pense qu'il y a tout intérêt à ne pas laisser dans l'épididyme un foyer tuberculeux, ramolli ou non ; d'autre part, je suis absolument d'avis qu'il faut être très sobre de castrations ; le testicule qu'on laisse n'a pas seulement une valeur morale ; il n'est pas déraisonnable d'admettre que, bien que privé de voie d'excrétion, il continue à exercer sur le système nerveux central une influence considérable, d'autant plus que même après la destruction totale de l'épididyme par la curette, il garde son volume et sa consistance normales, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un malade revu au bout de cinq ans et chez lequel j'avais supprimé par le curettage tout l'épididyme devenu caséeux. »

C'est dans le même sens qu'a été publiée, l'année suivante, la thèse de mon élève Chevrolle, et je n'ai cessé depuis d'enseigner autour de moi, d'une part, de ne pas s'abstenir dans la tuberculose génitale, d'autre part, de ne pas sacrifier le testicule. La doctrine de l'intervention économique qui, en somme, est celle de Verneuil qui, à mon sens, la réduisait lui-même par trop, est en train de conquérir sa majorité parmi nous, et à juste titre, je crois.

Il semble hors de discussion qu'il ne faut pas se comporter avec le testicule comme avec un ganglion lymphatique. On a vite dit testicule moral : qu'en savez vous? perdu au point de vue fonctionnel? il faut distinguer : dites perdu au point de vue de la fécondation et non au point de vue fonctionnel : ces testicules privés d'épididymes, ou munis d'épididymes malades, fréquemment gardent leur volume et leurs réflexes et peut-être aussi certaines sécrétions dont la résorption n'est peut être pas indifférente à l'équilibre du système nerveux. Il n'est donc pas sans importance de les supprimer, et du reste, les partisans de la castration s'en rendent compte eux-mêmes puisqu'ils hésitent en présence d'une tuberculose bilatérale.

D'autre part, que penser de l'action atrophiante de la castration sur les tubercules prostatiques ? ceci nous paraît de la pure hypothèse, au moins dans l'interprétation qu'on lui donne. Il en est de la prostate tuberculeuse comme de toutes les tuberculoses en général : quand elles sont par trop étendues ou généralisées, l'organisme est partout en déficit et n'a aucune chance dans la lutte. La suppression d'un principal foyer aide à l'étouffement scléro-adipeux des foyers accessoires auxquels on n'a pas touché. En fait

de thérapeutique contre les tuberculoses locales, à moins d'ériger l'amputation en système, on pratique rarement des opérations vraiment radicales : dans toute résection osseuse on est sûr de laisser quelque tissu suspect, on demande à la vie cellulaire l'effort nécessaire pour faire le reste ; l'antisepsie d'un foyer infecté, qu'il s'agisse de bacilles de Koch ou de streptocoques, consiste donc à mettre ceux-ci en minorité devant les cellules normales, et en particulier les leucocytes.

On n'est donc aucunement autorisé à voir dans l'action curative de la castration sur les tubercules de la prostate une action spécifique, comparable à celle que peut exercer cette opération sur les hypertrophies prostatiques; nous ne pouvons en donner de meilleures preuves que la constatation de cette action curative dans les faits où la destruction des foyers épididymaires a été obtenue sans castration testiculaire. Je me permets de renvoyer à la thèse de Chevrolle, qui mentionne l'observation d'un malade opéré en 1889, alors porteur de lésions considérables du côté de l'épididyme, de foyers fistuleux, de lésions déférentielles et prostatiques. Le nettoyage des foyers sans castration et sans opération prostatique suffit à amener une guérison qui ne s'était pas démentie plus de huit ans après.

La conservation testiculaire admise, quelle est la conduite à tenir?

Je me range à l'avis de ceux de mes collègues qui insistent sur la diversité des localisations tuberculeuses dans l'appareil génital et sur les modalités différentes de ces localisations. A ce point de vue, je pense que la meilleure division à établir est celle qui donne le pas à l'acuité ou à la torpidité des lésions tuberculeuses; j'admets deux thérapeutiques différentes suivant qu'il s'agit de lésions froides ou de lésions subaiguës.

En cas de lésions froides, plusieurs cas encore sont à considérer.

1° *Lésions froides* : A. — Dans certaines formes qu'on pourrait appeler *nodulaires*, la tuberculose génitale s'accuse par des noyaux disséminés dans l'épididyme et dans le canal déférent. J'ai conseillé pour ces cas spéciaux, en 1896, la technique suivante : saisir l'épididyme de la main gauche et faire saillir le noyau induré sous la peau, ouvrir le petit foyer, saisir les lèvres de l'ouverture avec deux pinces de Kocher, nettoyer les petites cavernes tuberculeuses, en toucher la surface au chlorure de zinc et terminer l'opération par une réunion primitive à l'aide d'une suture profonde.

Les noyaux proéminent-ils du côté de la tunique vaginale, il peut y avoir intérêt à ouvrir la séreuse, à en inspecter la surface et à se comporter comme précédemment, après avoir toutefois isolé de

la cavité vaginale, à l'aide de quelques points de suture, le ou les noyaux qu'on veut énucléer.

B. — Dans d'autres formes qu'on pourrait appeler *massives*, les noyaux ne sont plus disséminés dans le déférent ou dans l'épididyme, tout le conduit épididymo-déférentiel est infiltré. Quand il n'existe que peu de suppuration et que l'évolution est surtout fibreuse ou fibro-caséeuse, j'adopte l'opération de Bardenheuer, c'est-à-dire la résection épididymaire, en commençant par la tête de l'épididyme, détachant ensuite la queue et poursuivant jusqu'à ce qu'on arrive sur un déférent sain. J'ai ainsi opéré il y a quelques mois un malade du Dr Planchon, et j'ai obtenu sa guérison par première intention, sans drainage, en six jours. Chez ce même malade, il existait du côté opéré un large trajet fistuleux avec fongus; je curettai toute la masse bourgeonnante et sa cicatrisation fut obtenue en six semaines.

Je préconise donc le curettage chaque fois que l'épididyme est volumineux, infiltré de pus caséeux, ou parsemé d'abcès; je réserve la résection aux cas moins avancés où l'épididyme est encore bien distinct du testicule sous-jacent, où cette résection peut se faire pour ainsi dire sans effusion de pus. Je me comporte en somme comme pour les adénopathies tuberculeuses, extirpant ce qui est circonscrit et curable, ouvrant et curettant ce qui est infiltré et adhérent.

Il est extrêmement important de pratiquer les curettages avec minutie, de ne pas laisser passer un seul petit foyer sans l'ouvrir et de gratter jusqu'à ce qu'on obtienne une surface fibreuse, lisse et dépourvue de granulations. Je répéterai volontiers de ces opérations ce que dit M. Lucas-Championnière des résections du genou : c'est qu'un curettage épididymaire rapidement fait a des chances d'être une opération mal faite.

Il est toujours bon d'extérioriser le plus possible les lésions; aussi adoptons-nous souvent un procédé qui consiste, après avoir réduit l'épididyme à une coque fibreuse, à en suturer les bords préalablement réduits par résection à l'ouverture cutanée. On obtient ainsi une petite cavité peu profonde qu'on bourre de gaze iodoformée et dont on peut gratter la surface à nouveau, s'il en est besoin, au cours de la cicatrisation. Si on a dû ouvrir la vaginale, nous commençons par fermer la cavité vaginale par quelques points de suture avant de marsupialiser la poche tuberculeuse.

2° *Lésions subaiguës :*

Dans les tuberculoses non torpides, dans les épididymites tuberculeuses subaiguës ou aiguës, notre conduite n'est pas la même : nous estimons qu'il faut limiter encore davantage l'intervention, et se borner à l'ouverture des abcès ; c'est pour cette caté-

gorie que nous sommes partisan de l'ignipuncture, de l'échauffement des foyers soit par le fer rouge, soit par l'eau bouillante, quitte à compléter ultérieurement le traitement par un curettage après rétrocession du processus aigu et enkystement des lésions.

La castration doit être réservée aux cas rares, en somme, où le testicule lui-même est entièrement envahi.

Je ne crois pas, dans cette discussion, où il n'est question que de l'appareil testiculaire, avoir à m'occuper des interventions sur la prostate et les vésicules séminales. Je me borne à rappeler un travail récent de mon ancien interne, M. Baudet, qui a utilisé pour l'accès de ces lésions la voie périnéale avec la technique que nous avions indiquée.

Les résultats que nous avons obtenus depuis dix ans, avec l'intervention économique, nous ont paru très encourageants; nous suivons des malades depuis 6, 8 et 10 ans, qui n'ont jamais eu de récidive, et qui ont gardé leur testicule; d'autres, ceux-là surtout qui avaient des épididymites tuberculeuses, des tuberculoses subaiguës, ont eu des récidives, mais la plupart du temps des récidives partielles, facilement curables; d'ailleurs, quelle est donc la localisation tuberculeuse non susceptible d'une résorption de cicatrice et d'une nouvelle ulcération, après que la cicatrisation semblait depuis des mois obtenue? La castration elle-même met-elle à l'abri de ces récidives? elle n'est en réalité, qu'une opération partielle, dans laquelle on a ajouté à la résection d'une partie malade, le sacrifice d'un organe resté indemne.

M. Nimier. — D'après ce qu'il m'a été donné d'observer dans le milieu militaire, je suis de moins en moins porté aux interventions radicales contre la tuberculose des organes génitaux. Chez l'adulte, il est rare que la lésion du testicule et du canal déférent existe comme seule manifestation de l'infection tuberculeuse, et par suite, rares sont les cas où l'ablation de l'organe malade peut être conseillée comme moyen de supprimer le foyer susceptible d'infecter secondairement l'économie.

Au besoin, un de mes malades fournirait la preuve que pareil résultat, même dans les cas les plus favorables en apparence, n'est pas toujours obtenu. Chez cet homme, la castration d'un testicule tuberculeux pratiquée en 1895 n'a pas prévenu le développement en 1898 d'une ostéite de même nature dans le calcanéum.

Dans la grande majorité des cas que j'ai observés, l'examen clinique du malade et le relevé de ses antécédents morbides ont permis de reconnaître qu'il ne s'agissait pas de tuberculose génitale simple; le plus souvent l'appareil pulmonaire était touché et chez l'un de ces malades je me suis repenti d'être intervenu.

Il s'agit d'un militaire qui, ajourné deux ans pour hydrocèle, présentait, quand il vint me demander à être opéré, un épanchement de moyen volume dans la vaginale et un noyau bien limité dans l'épididyme, rien par ailleurs dans les organes génitaux. Mais les deux sommets étaient le siège d'une induration torpide du tissu pulmonaire, sans doute en rapport avec une bronchite que le malade rapportait avoir eue à l'âge de sept ans. Il n'accusait pas d'autre maladie, mais sa mère était morte de la poitrine.

Le 17 février, je pratique l'excision de la vaginale; la plaie se réunit par première intention sans incidents locaux. Dix jours plus tard, le malade se plaint de céphalalgie; bientôt surviennent des vomissements, le diagnostic de méningite s'impose et le 12 mars, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération, le patient meurt, non de sa méningite mais plutôt d'une pneumonie caséeuse du lobe inférieur du poumon droit.

L'autopsie décela, outre les lésions méningées et pulmonaires de la poussée tuberculeuse mortelle, l'induration ancienne des deux sommets et l'existence d'une petite caverne au sommet gauche.

Ce cas malheureux confirme la remarque faite par M. Tuffier, sur la nature virulente du liquide de l'hydrocèle, liquide qui souille quelque peu ma plaie opératoire. De plus il me paraît mettre en relief la susceptibilité spéciale du malade à l'égard de l'infection tuberculeuse, et c'est là malheureusement une inconnue avec laquelle nous devons compter dans tous les cas d'intervention opératoire pour tuberculose chirurgicale.

M. Lucas-Championnière. — Voilà longtemps que je m'occupe de la question du traitement de la tuberculose du testicule, et je crois que, comme on l'a dit excellemment à l'une des dernières séances, le traitement de la tuberculose du testicule est essentiellement variable suivant les cas si nombreux qui peuvent se présenter. A une certaine époque, la tentation d'enlever le testicule m'a séduit, comme tout le monde, mais c'est là un abus. Le testicule sert à autre chose qu'à sécréter des spermatozoïdes. D'autre part, la présence d'un débris de testicule conserve la faculté d'érection, ce qui est important précisément chez les tuberculeux.

Autrefois, je me suis souvent dit en présence de certaines formes : voilà des formes incurables; or, là comme pour des tumeurs blanches paraissant désespérées, on peut avoir des guérisons inattendues. J'ai vu ainsi un malade qui avait eu une coxalgie dans son enfance, ayant de la tuberculose testiculaire et vésicale, comme l'affirma M. Guyon; il conserva son testicule, car on

craignait la généralisation de la tuberculose. Il va assez bien et voilà vingt ans. Ce cas n'est pas isolé; maintenant, vous avez des hommes du peuple qui ne peuvent se soigner sans préjudice pour leur travail; là il peut y avoir une autre indication, et si l'activité est compromise pour ces gens qui ont besoin de gagner leur pain, mieux vaut pratiquer l'ablation de l'organe.

Je ne suis pas de l'avis de M. Quénu pour les opérations partielles; je crois qu'on arrive à un meilleur résultat par une médication topique et générale. Je crois qu'il est bon de dire qu'il ne faut pas perdre l'espoir de guérir les malades, même quand il y a plusieurs foyers. Je dois avouer que quelques cas évoluent si vite qu'on ne peut songer par contre à intervenir; j'en ai vu évoluer un en six mois dans un cas que j'ai observé à Beaujon.

La tuberculose testiculaire guérit cependant mieux qu'on ne se le figure. Un malade avait des lésions testiculaires qu'il attribuait à la bicyclette. Il s'est reposé, s'est traité par l'iodure et l'onguent napolitain, depuis deux ans, il ne souffre plus; aussi faut-il être très économe des ablations du testicule.

On a beaucoup discuté ici l'ablation du cordon, des vésicules, etc. J'ai vu des malades ayant de la tuberculose prostatique, les vésicules prises, et qui vont assez bien à l'heure actuelle pour qu'on se félicite d'avoir laissé les vésicules. Aussi je crois qu'il ne faut pas d'emblée enlever le testicule qui peut guérir et rendre des services plus précieux qu'un service moral.

M. Reclus. — Cette discussion ne sera pas inutile juste au moment où, à l'étranger surtout, on dit qu'il faudrait enlever non seulement le testicule, mais encore le canal déférent et les vésicules séminales ; nous savons que les résultats de ces opérations sont désastreux.

Pour ma part, j'ai le plus souvent eu recours aux opérations conservatrices; il me semble cependant que la Société irait encore plus loin que moi. Ce qui pour moi commande l'indication opératoire, c'est la suppuration ou la non-suppuration de la glande.

S'il n'y a pas de suppuration, je n'opère pas, s'il y en a, je fais une opération partielle ou totale.

Dans un bon nombre de cas, il y a une production de tissu fibreux qui enkyste le tubercule. Il y a vingt-cinq ans, j'ai vu un étudiant qui avait deux épididymes énormes, il n'a jamais suppuré; il a conservé, il est vrai, des épididymes plus gros qu'à l'état normal, mais en somme il se porte très bien et est enchanté de son état; marié, sans enfants, il est vrai, il pratique cependant le coït.

Si les foyers tuberculeux se ramollissent, l'épididyme, qui est le

plus souvent atteint, soit à la tête, soit à la queue, peut donner lieu à des abcès, à des fistules qui peuvent se tarir et se terminer par un petit nodule fibreux.

J'attirerai en outre l'attention sur certains malades qui croient active une tuberculose testiculaire déjà éteinte. J'en ai vu plusieurs cas, l'évolution de la maladie montre bien qu'il n'y a pas à intervenir.

Il est vrai qu'un foyer éteint et enkysté peut se réchauffer et suppurer à nouveau; si, après une fistule, il vient d'autres abcès, d'autres fistules, il vaut mieux pratiquer alors une opération partielle; je donne la préférence à l'épididymectomie faite à la cocaïne, qui permet une réunion immédiate et une guérison rapide. Il y a une importance réelle à conserver le testicule.

Si, au contraire, le foyer de suppuration est intra-testiculaire, s'il est abondant surtout, je pratique la castration totale, car rien n'est douloureux et long à guérir comme la suppuration testiculaire vraie. Je ne crois pas connaître un seul cas de cette nature qui soit guéri, contrairement à ce qui se passe pour l'épididyme.

Trélat, autrefois, parlait de l'ablation testiculaire surtout pour éviter la diffusion de la tuberculose dans l'organisme. Il est fort difficile, sans apporter des masses d'observations, de se prononcer sur ce fait. J'ai vu des malades à qui j'ai enlevé l'épididyme et le testicule non pas dans l'espoir de faire disparaître un foyer d'où pouvait partir l'infection générale, mais simplement pour enlever ces foyers de suppuration. J'ai vu de ces malades dont la prostate manifestement tuberculeuse et qui menaçait de s'abcéder, s'est au contraire durcie, ratatinée, et les malades ont guéri.

Je citerai notamment un malade que j'ai opéré à Orthez, auquel j'ai enlevé un testicule malgré une prostate qui menaçait de suppurer et chez lequel la prostate s'est vraiment ratatinée; il est resté guéri depuis.

Dans une dernière séance, on nous a parlé du traitement du fongus, et on a dit qu'on abrasait le fongus.

Or, je suis de l'avis de Deville, qui, en 1852 démontrait que dans l'immense majorité des cas on a seulement des individus qui protusent leur testicule à travers le scrotum tuberculeux. Nous aurions pu nous douter de cela, par l'opération de Symes, qui, pour le fongus du testicule, disait qu'il fallait débrider le scrotum et rentrer la tumeur; s'il s'était agi de testicule tuberculeux, cette opération ne vaudrait rien. Je crois, au contraire, qu'il faut pratiquer l'opération de Symes, reconstituer la loge testiculaire et rentrer le testicule.

Ce qui est pris d'abord chez l'adulte, c'est l'épididyme; chez

l'enfant, au contraire, et Hutinel l'a bien montré, la tuberculose commence par la séreuse puis gagne le testicule.

J'ai vu chez l'adulte, dans l'albuginée, dans le testicule même, de petites granulations tuberculeuses guérir par le procédé d'enkystement fibreux.

J'ai deux cas de réintégration du fongus dans les bourses avec guérison. Je le répète, la suppuration de la glande, seule me conduit à son ablation.

M. Quénu. — Nous sommes d'accord, M. Reclus et moi, pour limiter les indications de la castration. Nous différons quand il s'agit de poser les limites de l'abstention ; je suis plus interventionniste que lui. M. Reclus n'opère que lorsqu'il s'agit de suppuration et conseille l'abstention pour de simples noyaux indurés. Mais ne vous fiez pas à ces indurations enkystantes, elles cachent des noyaux caséeux qui ne demandent qu'à évoluer; il est donc plus simple de les supprimer puisque précisément l'opération est simple, faisable à la cocaïne et de suites brèves.

M. Reclus nous a cité des exemples de tuberculoses fibreuses demeurées guéries depuis longtemps ; je puis en revanche rapporter l'observation d'un malade que j'ai vu mourir à Tenon avec des accidents cholériformes dus à l'extension d'une tuberculose fibreuse du testicule à l'arbre urinaire. Sa tuberculose testiculaire à forme fibroïde remontait à trente ans. L'autopsie nous fit voir qu'elle avait envahi tout l'appareil urinaire, y compris le rein, en respectant tous les autres parenchymes ; il est probable que débarrassé au début de sa lésion le malade eût vécu plus longtemps encore.

Je n'ai rien dit du traitement général parce que, cela va de soi, ce traitement général est indispensable à la thérapeutique de toute tuberculose chirurgicale.

J'arrive à la question du fongus tuberculeux. Quoi qu'en dise M. Reclus, ce fongus existe : j'ai opéré il y a deux mois un homme de soixante ans, chez lequel une masse fongueuse venait faire hernie à travers une large ouverture du scrotum ulcéré ; ce fongus avait sa base d'implantation sur l'épididyme malade et j'abrasai le tout, à ras du testicule demeuré indemne ; il n'y a du reste pas de raison pour que certaines formes de tuberculose épididymaire ne végètent pas à l'état de fongus à l'instar des tumeurs blanches et des adénopathies bacillaires.

M. Th. Anger. — Je puis rapporter un cas de tuberculose observé à Beaujon. Il s'agit d'un interne en pharmacie, qui entra dans mon service, il y a vingt-cinq ans, avec cinq ou six fistules

du scrotum. Bonne santé, bon état général. Je lui fis au fer rouge, une fois endormi, la destruction de toutes ses fistules et probablement des deux testicules incomplètement. L'opération fut pénible, le malade guérit. Après l'intervention, le jeune homme eut une hernie du testicule à travers le scrotum, que je rentrai avec peine, et la suppuration se tarit. Je l'ai revu, voilà dix à douze ans, se portant très bien, et conservant deux moignons testiculaires; je crois que si j'avais enlevé complètement les testicules, j'aurais agi sur son moral et fait de très mauvaise besogne. On peut se dispenser de faire même les opérations que conseille M. Reclus, en se contentant de détruire, par le fer rouge, tous les foyers suppurants. La chaleur du cautère me semble avoir une très bonne influence dans la modification de la tuberculose; j'ai eu de beaux succès sur les arthrites, par exemple.

M. Reclus. — Je crains que l'opération dont vient de nous parler M. Anger ne soit longue à guérir. Ce que nous appelons un testicule moral est plus qu'un moignon fibreux : il reste des nerfs, des tubes testiculaires; s'il en était autrement, on pourrait se contenter de la prothèse testiculaire. Cependant, j'ai dû enlever pour cause de suppuration un de ces testicules prothétiques.

Je suis plus conservateur que M. Quénu : je dis qu'un testicule suppure quand il y a fistule. J'ai dû cependant enlever un testicule avec un foyer central de suppuration non ouvert à l'extérieur, à cause de la douleur.

Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose testiculaire n'est pas unique; il y a des foyers ailleurs, dans la prostate, dans les vésicules; et cependant, les malades guérissent; la théorie de l'ablation du foyer pour éviter la diffusion me paraît donc moins absolue qu'on pourrait le prétendre.

M. Quénu nous a parlé de certaines variétés de fongus dont je ne nie pas l'existence. Il est très possible, en effet, que des champignons fongueux partis de l'épididyme fassent des hernies. J'en reste cependant à la théorie de Deville pour expliquer le fongus en général.

Rapport.

Abcès mastoïdien extradural et phlébite des sinus, par M. le Dr DELANGLADE, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille.

Rapport par M. BROCA.

M. Delanglade nous a adressé une observation dont voici le résumé.

Un enfant de dix ans ayant eu il y a quatre ans de l'otorrhée bilatérale pendant trois mois, mais paraissant guéri depuis cette époque, lui fut adressé le 5 mars 1899 avec une otite moyenne à marche très aiguë. Le pus s'écoulait abondamment par le conduit, bien que les premiers symptômes ne datent que de la veille au matin.

Souffrance très vive, température 39°, pouls 100. Douleur à la pression au niveau de l'antre. Le lendemain, malgré de grands lavages et des instillations de glycérine phéniquée, la douleur est la même spontanément et à la pression, la température est à 38°7 le pouls à 130. Malgré l'absence de tout symptôme extérieur à l'apophyse mastoïde (gonflement, œdème, rougeur), M. Delanglade trépana le 7 mars et fut amené à ouvrir un abcès intra-cranien entre l'os et la dure-mère; le pus, un dé à coudre environ, fut expulsé par saccades. Après une amélioration de quelques heures, la fièvre reparut, ainsi que les douleurs, avec prédominance au niveau du cou et de la tempe. Un gonflement intense accompagné de rougeur et œdème occupe cette dernière région et se prolonge sur la joue et la paupière. Photophobie et larmoiement du côté correspondant. Le tamponnement humide de la plaie répété pendant quatre jours n'ayant amené qu'une amélioration insuffisante, trépanation plus large de l'apophyse le 13 mars, mettant à nu toute la portion mastoïdienne du sinus qui est jaune rougeâtre. Tamponnement humide au sublimé après attouchement à l'eau oxygénée. Le lendemain, apparition d'une ostéomyélite du fémur qui est immédiatement trépanée. Disparition des douleurs, abaissement régulier de la température qui depuis le 18 mars est demeurée au-dessous de 37°8. État général parfait. Réparation rapide des plaies par bourgeonnement.

Cette observation me paraît mériter à quelques points de vue de vous être signalée. D'abord, elle nous montre combien il est sage de chercher méthodiquement autour de l'apophyse, même quand celle-ci paraît saine extérieurement, et il convient de féliciter M. Delanglade d'avoir été ainsi jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à un abcès extra-dural que rien ne révélait au dehors, soit

avant, soit après la dénudation de l'apophyse. Il y a là une question délicate, pour déterminer quand il est indiqué d'aller explorer la dure-mère et de ne point rester dans l'apophyse quand on n'est pas conduit de proche en proche par les lésions jusqu'à l'intérieur du crâne.

Le second point intéressant est l'existence d'une phlébite des sinus dont les symptômes ne furent nets que le lendemain de cette première opération. Au bout de quatre jours, il devint évident que cette opération était impuissante à enrayer les accidents; et ceux-ci ont cessé lorsque la plus grande partie de l'apophyse a été supprimée et un long segment veineux exposé aux pansements humides. Fallait-il le curetter après avoir lié la jugulaire? Si M. Delanglade ne s'y est pas résolu, c'est qu'il y avait en outre phlébite des sinus pétreux supérieur et inférieur et qu'il ne lui a pas paru sans danger d'augmenter encore la stase du sang sur le cerveau et peut-être ainsi la virulence des agents infectieux et leur action sur place. Le succès ayant couronné l'intervention de M. Delanglade, il est impossible de dire que l'auteur a eu tort de ne pas lier la jugulaire; mais il me sera permis de faire des réserves sur le motif d'abstention. La ligature de la jugulaire est, je le sais, une pratique encore discutée, et si, en règle générale, je m'en déclare partisan en cas de thrombose du sinus, je suis loin d'avoir sur ce point une doctrine absolue; je crois qu'avec ligature la proportion des guérisons est plus grande et je suis sûr que pour un chirurgien exercé cette ligature n'allonge guère l'opération; mais je sais aussi que les succès ne sont pas rares par l'ouverture large, mais simple, de collections extra-durales et la mise à nu du sinus. Si, après ligature, on ouvre largement le sinus, si on évacue les produits septiques et si on tamponne la cavité à la gaze iodoformée, la crainte qui a arrêté la main de M. Delanglade me paraît chimérique, et le but de la ligature — ou mieux de la résection entre deux ligatures — est avant tout d'arrêter la propagation de la phlébite vers la veine cave et de barrer la route aux embolies septiques. Or, il est à noter que le malade de M. Delanglade a eu une ostéomyélite intercurrente du fémur (1).

Il est à noter qu'il s'est agi dans ce cas d'accidents consécutifs à une otite aiguë. Aussi M. Delanglade n'a-t-il pas ouvert la caisse du tympan en même temps que l'apophyse. L'événement lui a donné raison : la guérison a été très rapide et l'ouïe est complètement conservée. Je n'insiste pas sur ce point aujourd'hui admis à

(1) Cf. Une observation analogue recueillie dans mon service par Audion et Mouchet (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1898, p. 1141).

peu près par tout le monde : réserver la trépanation simple de l'apophyse aux mastoïdites aiguës et ouvrir à la fois l'apophyse et la caisse si une otite chronique est l'origine des accidents, quelle que soit leur acuité actuelle.

Présentations de malades.

Tumeur probablement épithéliomateuse du petit cul-de-sac de l'estomac. Accidents de sténose pylorique. Gastro-entérostomie transmésocolique de von Hacker. Présentation de la malade au bout de six mois.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une malade qui est entrée dans mon service en novembre 1898, il y a six mois, pour des accidents et un état général grave que nous avons rattachés à une dilatationgastrique derrière une sténose pylorique de nature épithéliomateuse; l'état de faiblesse était tel, le dépérissement si considérable (la malade pesait 70 livres) par suite des vomissements continuels et de la dénutrition, que d'urgence nous avons pratiqué une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Nous avons constaté à ce moment l'envahissement de tout le petit cul-de-sac de l'estomac par une induration élastique se prolongeant jusqu'en dessous du foie sur le pylore. Mon impression était, étant données l'histoire de la maladie, son évolution, qu'il s'agissait d'un épithélioma, tout en faisant les réserves que m'imposaient l'absence de l'examen du chimisme stomacal et quelques signes qui ne cadraient pas avec le diagnostic de cancer et qu'on trouvera dans l'observation ci-jointe.

La gastro-entérostomie a amené chez cette opérée une véritable résurrection. Dès le deuxième jour, je l'alimentai avec du lait et des œufs; très rapidement, elle mangeait de tout et sortait déjà notablement améliorée le 4 décembre 1898.

Aujourd'hui, vous pouvez voir une femme complètement transfigurée. Elle pèse 124 livres; elle a donc augmenté de près de 50 livres.

Elle digère tout et malgré toutes mes explorations pour retrouver la tumeur sentie avant l'opération, et que j'ai tenue dans la main, je ne retrouve plus rien à l'examen de l'épigastre et de l'abdomen.

En faisant toutes sortes de réserves, je me demande s'il ne s'agissait pas d'une gastrite glandulaire avec hypertrophie des parois du viscère plutôt que d'une affection néoplasique.

Voici l'observation de notre malade :

Femme de trente-huit ans, m'est adressée le 8 novembre 1898 par le Dr Gaudinau.

Comme antécédents héréditaires, rien de notable. Comme antécédents acquis, rien de notable, si ce n'est qu'elle avait toujours l'estomac délicat. Elle a eu quatre enfants, dont le dernier il y a neuf mois et demi. C'est de cette époque que date surtout la maladie qui l'amène.

Depuis quelques mois, elle a considérablement maigri, et s'est affaiblie de telle façon qu'elle peut à peine se tenir. Elle est pâle, mais ne présente pas le teint jaune paille des cancéreux. Tous les jours, depuis quatre mois environ, elle vomit trois à quatre fois, rejetant presque tous les aliments qu'elle prend dès qu'elle a mangé, et elle mange de bon appétit et n'a aucun dégoût pour aucun aliment, même la viande. Elle sent un poids au niveau de l'estomac, puis des douleurs très vives qui ne cessent que lorsqu'elle a évacué le contenu.

Eructations fréquentes. Outre les aliments, elle vomit quelquefois des glaires légèrement teintées de bile. Il y a quelques semaines, n'ayant pas vomi pendant quelques jours, elle a rendu ensuite tout un seau de matières qui avaient séjourné dans l'estomac. Jamais il n'y a eu d'hématémèse ni de méléna.

Son poids est actuellement de 35 kilogrammes ; elle n'a que la peau et les os. L'examen local nous montre une dilatation de l'estomac considérable ; il y a du clapotement manifeste. La sonorité tympanique descend au-dessous de l'ombilic. Au niveau de la région épigastrique, on sent une tumeur très nette, grosse comme un œuf, mobile, peu saillante, peu douloureuse, qui s'enfonce sous le foie et s'applique sur la colonne vertébrale. Au-dessous de l'ombilic, ventre excavé, en bateau.

Urines normales, si ce n'est qu'il y a diminution de l'urée. Nous posons, avec de grandes réserves, le diagnostic d'épithélioma du pylore et du petit cul-de-sac de l'estomac, quoiqu'il y ait contre ce diagnostic l'âge de la malade, l'absence de douleurs vives, son appétit persistant ; nous n'avons pu faire l'examen du chimisme stomacal ; elle était tellement faible que je l'ai opérée très rapidement, d'autant plus que sa température n'était que de 36 degrés environ. Injections de sérum sous-cutanées.

Laparotomie sus-ombilicale. Ethérisation.

On trouve sous le foie l'estomac atteint sur toute la partie gauche, pylore et petit cul-de-sac, par une induration *élastique* se diffusant peu à peu sans contours précis, très mobile. J'avoue que si la malade eût été plus forte je n'eusse pas hésité, vu la facilité avec laquelle se serait faite la pylorectomie, à pratiquer cette dernière. Toutefois, devant son état de faiblesse, devant quelques incertitudes du diagnostic, je parai au plus pressé et je pratiquai très rapidement, par sutures, la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker. Durée, trois quarts d'heure. La malade est reportée dans son lit et réchauffée.

Je commence à l'alimenter dès le deuxième jour. Lait et œufs, puis bouillon. Au bout de dix jours, elle s'alimentait presque comme tout

le monde, ne souffrait plus, ne vomissait plus, se remontait à vue d'œil.

Je vous la montre au bout de six mois engraissée de 50 livres. Elle n'est plus reconnaissable.

Je vous ai déjà dit mes hésitations au point de vue diagnostic; malgré toutes mes recherches au-dessous du foie, où la tumeur peut se cacher, je ne trouve plus rien.

Cette malade sera suivie et si son histoire se modifie, je vous en ferai part.

M. TUFFIER. — Je viens d'examiner la malade; il n y a, en effet, aucune tumeur. Mais il y a parfois des tumeurs qui remontent sous le foie et qu'on ne voit plus. A côté de cela, il y a des tumeurs inflammatoires. Ce sont elles qui constituaient jadis ces cancers guéris par le chlorate de soude ou qui disparaissent à la suite d'une opération.

M. SCHWARTZ. — Je ne puis guère admettre que la tumeur remonte sous le foie, la seconde hypothèse serait plus admissible. Mais j'insiste sur ce fait, qu'il faut opérer quand même, quel que soit l'état général du ou de la malade.

M. FAURE présente une *pancréatite*. — M. GUINARD, rapporteur.

Présentation de pièces.

M. TUFFIER présente un *rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle.*

M. GUINARD. — Je demande à rappeler à ce propos que j'ai présenté 1 mètre d'intestin présentant quatre rétrécissements tuberculeux.

Hydropisie calculeuse de la vésicule biliaire chez une femme de soixante et onze ans. 934 calculs. Cholécystostomie.

M. MONOD présente des calculs biliaires au nombre de 934, provenant d'une malade âgée de soixante et onze ans qui lui avait été adressée comme atteinte de kyste de l'ovaire. Il n'y avait eu

jamais ni ictère ni colique hépatique. La malade prétendait souffrir dans la région de l'hypocondre depuis cinquante ans. Mais elle n'avait constaté la tuméfaction qu'un an avant le jour de l'opération.

Celle-ci a consisté en une laparotomie médiane mettant à découvert une volumineuse tumeur d'apparence kystique. Ponctionnée, elle donna issue à un liquide clair. On put alors s'apercevoir que par son extrémité supérieure elle se rattachait au foie. Elle fut ouverte et M. Monod put en retirer les calculs qu'il présente. En raison de l'âge de la malade, il se contenta de fixer les parois de la cavité à la plaie. La malade, opérée depuis dix jours, est en bonne voie de guérison.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 17 MAI 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail de M. Legueu, sur un cas d'*anurie post-opératoire*. — Renvoyé à l'examen de M. Nélaton.

A l'occasion du procès-verbal.

Au sujet de l'appendicite.

M. Poirier. — Dans une note lue au commencement de notre dernière séance. notre collègue M. Reynier reproche à mon « résumé très habile sur la discussion de l'appendicite » d'avoir mal interprété sa pensée, en mettant « très adroitement » Reynier en contradiction avec lui-même à propos de l'emploi des purgatifs dans l'appendicite.

Je ne puis rester sous le coup de ce reproche : mon habileté a consisté à reproduire en bon français, presque mot à mot, les deux opinions de Reynier.

Il dit dans sa note n'avoir jamais conseillé les purgatifs légers *au début* de l'appendicite.

Je lui réponds par la reproduction littérale du passage auquel j'ai fait allusion. « Mais si, *dès le début* qu'apparaît la douleur

dans la fosse iliaque, vous immobilisez le malade, vous mettez de la glace sur le ventre et que vous vidiez son intestin par de petits lavements, ou des purgatifs légers, calomel, vous n'aurez pas ces accidents, l'appendicite évoluera plus bénignement. » (*Séance du* 18 *janvier, page* 57).

A Reynier de se mettre d'accord avec lui-même.

M. Reynier. — Je ne veux pas prolonger cette discussion ; je reconnais en effet que j'ai prononcé là une phrase, qui prête à discussion, n'ayant pas été suffisamment développée, et dans laquelle un point manque, séparant la première partie de cette phrase, de la seconde. Il y a là un lapsus, que toute ma communication pouvait d'ailleurs faire reconnaître. Je ne cesse pas en effet de dire, au début comme à la fin de cette communication, qu'il faut immobiliser l'intestin. Or, ce n'est pas avec des purgatifs, ou des lavements qu'on peut y arriver. Encore une fois, je le répète, ce n'est que lorsque, par la glace et l'immobilisation, tout phénomène de péritonisme a disparu, que l'état général ne m'inspire plus d'inquiétudes, que le pouls, la température me rassurent, que je crois qu'il peut dans quelques cas être utile d'avoir recours, pour provoquer une selle tardant trop à venir, à des purgatifs très légers, ou à des lavements peu copieux, et poussés avec peu de force, ne pouvant tout au plus que vider le rectum. J'ai vu en effet, par des lavements trop copieux, distendant le gros intestin, des accidents graves se produire. Si on a recours à ces moyens, je recommande encore, comme vous le voyez, d'en user avec une très grande prudence.

M. Poirier. — Voici que maintenant notre collègue nous dit qu'il a mal expliqué sa pensée, qu'il a fait un lapsus. Je ne pouvais deviner ce long lapsus et je pense que Reynier eût pu relire sa précédente communication avant d'écrire sa dernière note. Je dois donc constater que mon habileté n'a été que de la fidélité dans la reproduction d'une pensée clairement exprimée.

Discussion

Traitement de la tuberculose du testicule (Suite).

M. Potherat. — Dans son rapport du 28 décembre dernier, M. Reynier posait, devant la Société de Chirurgie, la question du traitement de la tuberculose du testicule de date récente *non*

ouverte, et après avoir rappelé la discussion antérieure de 1872, la communication de M. Quénu, il y a deux ans, il traitait lui-même la question ainsi posée, et concluait fermement en faveur de l'intervention large et précoce par la castration, invitant, pour le surplus, ses collègues à apporter à cette tribune les résultats de leur pratique et leur opinion personnelle.

C'est pour répondre à cette invitation que je prends la parole, et de suite, je puis dire, que je ne partage pas l'opinion de notre collègue, ni sur l'opportunité, ni sur l'efficacité de cette opération radicale faite au début même de la tuberculose testiculaire, et pour moi, la castration doit être réservée à certains cas bien déterminés sur lesquels je m'expliquerai plus loin.

Depuis l'année 1886, qui marque la date de mon internat dans le service de mon maître M. Guyon, cette question m'a beaucoup préoccupé; j'ai observé et suivi un grand nombre de malades, à Necker, à la maison municipale de santé, dans le service de mon cher maître M. Segond, ou dans mon service particulier. J'ai vu, aussi, un certain nombre de malades dans ma clientèle particulière; j'en observe quelques-uns depuis plus de dix ans; j'ajouterai, enfin, que j'ai connu l'un des jeunes malades auxquels M. Reynier faisait allusion dans son rapport, malade qui lui sert à appuyer sa démonstration en faveur de l'intervention, et qui me servira à moi-même à conclure dans un sens différent.

Pour justifier ma manière de voir dans le traitement le meilleur à opposer à la tuberculose du testicule, je m'appuierai sur l'évolution clinique de l'affection.

A ce point de vue, il est une modalité sur laquelle je passerai rapidement : c'est la forme *aiguë*, dans laquelle la tuberculose se présente sous forme de granulations miliaires disséminées, gagnant rapidement non seulement tout l'appareil génital, mais encore l'arbre urinaire lui-même, et entraînant rapidement, sans le secours même de la tuberculisation viscérale, la mort du malade, ordinairement un sujet jeune. J'ai observé trois faits de cette nature, deux chez de grands enfants, le troisième chez un jeune homme de vingt-trois ans, que je connaissais beaucoup, que je voyais souvent, et qui mourait à peine trois mois après l'apparition d'une tuberculose testiculaire ayant débuté par une orchi-épididymite aiguë, bilatérale. Je ne crois pas qu'une castration même précoce, même bilatérale, puisse enrayer cette sorte de *granulie génitale*, et le chirurgien, à mon avis, doit en pareil cas se résigner à abandonner le malade au seul traitement médical.

Mais cette forme rapide est rare; bien plus souvent la tuberculose testiculaire a une marche lente, subaiguë, chronique, et

comme tous mes collègues, c'est surtout la tuberculose chronique du testicule que je veux envisager dans cette communication, avec ses indurations, ses noyaux, ses foyers de ramollissement, ses abcès, ses fistules consécutives.

Par son évolution plus lente, cette forme se prête donc davantage à l'intervention chirurgicale, et c'est en pareil cas que la castration pourra être vraiment précoce, ou tout au moins précéder le ramollissement et l'ouverture des foyers; par suite, c'est dans ces cas qu'elle doit donner son maximum d'efficacité; c'est donc les résultats qu'elle donne en pareil cas qu'il s'agit d'examiner pour apprécier la valeur de ce mode de traitement.

Or, si je me reporte à mon expérience personnelle, je constate que, *dans tous les cas*, je dis dans tous, où j'ai fait la castration, j'ai vu, après un temps variable, mais qui n'a jamais dépassé deux ans, des lésions apparaître du côté opposé. Et, pourtant, il s'agissait, bien entendu, de cas relativement récents, nullement suppurés, ni même ramollis, paraissant, cliniquement au moins, nettement limités au testicule, avec intégrité apparente de la vésicule et de la prostate. Malgré ces conditions éminemment favorables, l'intervention que j'ai pratiquée dans ces cas a été parfaitement inutile au point de vue de la cure définitive de la tuberculose génitale. Ces malades, que j'ai presque tous opérés à Dubois, dans le service de M. Segond, étaient tous jeunes (leur âge variait de dix-huit à trente-huit ans), dans la période de plus grande activité génitale. Chez tous, aussi longtemps que je les ai observés, l'état général, bon d'abord, est resté bon, même après la réapparition de l'affection; un seul, à ma connaissance, qui a présenté ultérieurement une lésion vertébrale, a succombé à des lésions pulmonaires.

On pourra m'objecter que je suis tombé sur une série particulièrement malheureuse; que des résultats meilleurs peuvent être obtenus, et mon excellent maître, M. Berger, nous en a donné au moins deux, je crois.

Je dois dire, cependant, que les quelques malades qui sont venus à mon observation après avoir été opérés par d'autres chirurgiens, n'infirment pas les résultats de ma pratique personnelle, loin de là. Pour ne prendre que quelques exemples, je vous citerai un homme de trente-cinq ans, entré dans mon service le 1er février dernier. Il avait été castré à droite, en 1889, par Péan; très peu d'années après, il constate lui-même des lésions à gauche, et quand je l'observe, il a un abcès épididymaire, des noyaux dans la prostate et les deux vésicules; son état général est d'ailleurs très bon. Un autre de vingt-deux ans est encore actuellement dans mon service, avec une fistule d'origine déférentielle

gauche. Il a subi de ce côté la castration en 1897, par M. Humbert; il a un noyau à droite, et des masses volumineuses de la prostate et des deux vésicules.

Un autre encore, de trente ans, employé de commerce, a été castré il y a huit ans, au régiment, six semaines après l'apparition nette d'un noyau épididymaire, sans abcès, sans ramollissement. On ne pourra pas dire que l'opération n'a pas été précoce dans ce cas, et cependant, dès l'année suivante, le testicule du côté opposé se prend. Ce malade a aujourd'hui deux fistules, l'une à la queue de l'épididyme, l'autre sur le cordon; son état général est très bon. Il s'est marié, deux ans après sa castration, un an après l'apparition de noyaux du côté opposé, il n'a jamais éprouvé d'entraves à l'accomplissement de ses devoirs conjugaux, mais il n'a jamais eu d'enfants.

Je pourrais ajouter d'autres faits, puisés à d'autres sources; il me suffira de dire que tous aboutissent à cette conclusion : récidive au bout d'un temps, quelquefois un peu long, mais le plus souvent très court. De sorte qu'ils appuient et renforcent la proposition que je formulais plus haut : la castration unilatérale, même précoce, ne met pas à l'abri de la réapparition de la tuberculose génitale.

Peut-être m'objectera-t-on que, dans tous ces cas, on a fait la castration pure et simple; que l'on a pas, comme dans l'observation de Beurnier, rapportée par Reynier, fait l'ablation de la presque totalité du canal déférent, encore moins l'ablation de ce canal et de la vésicule séminale correspondante, suivant la manière préconisée par Villeneuve (*de Marseille*), et Roux (*de Lausanne*). Évidemment, cette ablation totale est plus rationnelle que la seule ablation du testicule, car elle envisage celui-ci non en lui-même, en tant qu'organe isolé, mais comme une partie seulement d'un tout auquel il est intimement lié au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, l'appareil génital, dont on ne peut le séparer. Mais alors, pour être tout à fait logique et complet, il conviendrait d'enlever en même temps les deux testicules, les deux canaux déférents, les deux vésicules et la prostate qui est le trait d'union, et peut-être même le point de départ des lésions. M. Reynier pense que la tuberculose génitale est « ascendante », qu'elle va de l'épididyme aux autres parties de l'appareil génital. L'expression « ascendante » ne me paraît pas exacte, physiologiquement parlant, en envisageant dans ce sens la marche des lésions; ce serait plutôt *descendante* qu'il faudrait dire; mais cela importe peu. Cette opinion de M. Reynier est en désaccord avec celles de Lancereaux et de Guyon, et bien que je n'aie pas d'examens histologiques à l'appui, je partage personnellement

l'avis de ces deux maîtres. En effet, il ne faut pas conclure qu'il y a intégrité de la prostate ou faible atteinte parce qu'au toucher on ne sent pas de noyaux dans cette glande, ou des noyaux bien moindres que ceux sentis au niveau de l'épididyme; ici, l'exploration est plus facile que là, et les noyaux, même petits, seront perçus au testicule qui échapperont forcément à la prostate. Mais il y a un signe qui n'échappe pas, quand on le recherche, c'est l'écoulement urétral de liquide lactescent que l'on observe si souvent au début de la tuberculose génitale, liquide prostatique dont l'abondante sécrétion a été provoquée par l'excitation inflammatoire que détermine dans la glande l'apparition des granulations tuberculeuses, véritable *prostatorrhée prémonitoire*, qui ne permet pas de croire à l'intégrité de la prostate, alors même que l'exploration rectale ne révèle rien de net.

En résumé, me fondant sur les faits que j'ai observés, et en laissant de côté l'ablation totale de l'appareil génital, à l'exclusion de la prostate, opération assurément facilement praticable, mais dont je n'ai pas d'exemples personnels, je conclus, qu'à mon avis, la castration n'empêche pas d'une manière définitive l'évolution de la tuberculose génitale.

Mais, au moins, a-t-elle l'avantage d'en retarder la marche? Je ne le crois pas davantage. En me reportant aux faits que j'indiquais plus haut, je ne vois qu'un cas où il semble qu'il y ait une guérison de six à sept ans; dans tous les autres cas, c'est au bout de quelques mois, un an, deux ans au plus que la récidive s'est faite. D'ailleurs, même lorsque la réapparition des lésions est tardive, on n'est pas absolument autorisé à la mettre sur le compte de la castration faite antérieurement; car tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il est des cas, très nombreux, où l'évolution de la tuberculose génitale est extrêmement lente. On peut même dire que de toutes les tuberculoses locales, c'est celle qui est le plus susceptible de longue durée et d'arrêts prolongés, voire même de régression et de transformation fibreuse, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement général. Je pourrais, comme vous tous, en fournir des exemples probants. Mais il y a plus, c'est que la castration, ce me semble, n'arrête pas mieux qu'une opération partielle l'évolution de la tuberculose, même du côté castré. Je vous citais, plus haut, le cas d'un malade que M. Humbert avait opéré par castration du testicule gauche, il y a deux ans. Or, notre collègue avait, chez ce malade, l'année précédente, gratté, curetté un abcès de la queue de l'épididyme *à droite*. Eh bien, *à droite*, côté non castré, côté malade depuis plus de trois ans, il persiste une fistulette, avec une induration localisée de l'épididyme; *à gauche*, côté malade postérieurement, côté

castré depuis moins de deux ans, la vésicule et le moignon du canal déférent présentent de nombreux noyaux durs et volumineux.

De telle sorte que, même en me plaçant au point de vue du retard apporté à l'extension de la tuberculose, je ne crois pas que la castration précoce ait une réelle valeur, et les raisons tant de fois invoquées, de la lenteur de l'évolution, de l'arrêt, de la guérison possible des lésions de l'appareil génital, de la conservation très longue d'un bon état général et de la puissance génitale gardent à mes yeux toute la valeur qu'on leur a depuis longtemps attribuée.

Reste enfin l'argument moral; celui-ci a pour moi une très grande valeur. Car si la certitude que la castration est impuissante à assurer une guérison définitive de la tuberculose génitale, voire même à retarder son évolution, suffit pour me faire rejeter cette méthode en tant que méthode de choix, le trouble moral qu'entraîne presque toujours cette mutilation, surtout chez les sujets jeunes, est par surcroît une objection de toute première valeur contre la castration. Et, en effet, si la tuberculose génitale était uniquement unilatérale, alors même que la castration pourrait être suivie de quelques accidents secondaires de ce côté, on conçoit qu'un malade éclairé sur son état de santé, sur la bénignité de l'opération, sur l'absence de suites sérieuses, sur l'intégrité et la valeur physiologique du second testicule, on conçoit, dis-je, que le malade fasse non seulement d'un cœur léger, mais encore avec empressement, le sacrifice d'un testicule.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passeront. Vous aurez fait valoir que le sacrifice unilatéral est indispensable, que la guérison s'ensuivra, qu'il restera un testicule, vous aurez ainsi évité les abcès, les fistules, les interventions limitées, mais multiples, vous aurez rassuré le malade. Tout cela serait parfait si le résultat était définitif. Mais le tableau changera d'aspect quand ce malade, tristement instruit par l'expérience du passé, verra les mêmes accidents se reproduire du côté opposé; sa confiance dans la guérison définitive sombrera, et il envisagera l'avenir sous les plus noirs auspices. Et pour être conséquent avec votre doctrine, il vous faudra lui proposer le sacrifice du deuxième testicule. Or, je crois que la majorité d'entre vous serait opposée à cette complète mutilation, et M. Reynier, lui-même partisan de la castration précoce, unilatérale, dit fort bien, à propos de la nécessité de sacrifier les deux testicules: « dans ce cas, je ne raisonne plus de même. » Et c'est ici le lieu de rappeler le cas du jeune homme dont notre collègue nous a rapporté l'histoire et qui est mort deux à trois ans après le début d'une tuberculose

génitale, succombant à des accidents pulmonaires de même nature. M. Reynier regrette de ne l'avoir pas castré deux ans auparavant. Ce jeune homme que j'ai connu, moi aussi, était très vite tombé dans une mélancolie dont rien ne pouvait le tirer. En admettant, ce que je ne crois pas, qu'une castration précoce eût pu enrayer la marche de l'affection, empêcher les lésions pulmonaires, guérir enfin la maladie, peut-on admettre que cette mutilation eût mis fin à l'hypocondrie noire à laquelle il était en proie et qui, par l'insomnie, l'inappétence qu'elle provoquait, a probablement joué un rôle important dans la marche rapide de la tuberculose? Je ne le crois pas. Mais admettons que l'hypocondrie soit négligeable ou facile à guérir avec la perte d'un seul testicule, ne deviendra-t-elle pas un obstacle capital au sacrifice des deux testicules ?

Il est cependant deux circonstances dans lesquelles je suis partisan de la castration, au moins unilatérale : car en aucune circonstance je ne me résignerais à proposer ou à pratiquer une castration double.

L'une de ces circonstances, c'est celle qui a trait à cette forme clinique dans laquelle les masses tuberculeuses nombreuses, énormes, développées, sinon uniquement, du moins surtout dans le testicule, donnent à l'ensemble un développement considérable constituant une tumeur volumineuse, un véritable *sarcocèle tuberculeux*. Dans cette forme, que Tuffier appelait *hypertrophique*, l'évolution conduit à une fonte presque totale de l'organe, les interventions localisées amèneraient une destruction complète ou à peu près complète du testicule. Aussi y a-t-il avantage, dans ces cas, à ne pas attendre cette fonte en masse et à pratiquer la castration dès que le diagnostic est nettement établi.

L'autre circonstance, qui à mon avis commande la castration, c'est celle dans laquelle on est en présence de ces cas analogues à celui que M. Th. Anger nous rapportait dans la séance dernière où il y a des fistules multiples, des abcès nombreux, des suppurations tuberculeuses ou même banales, épuisant le malade, ouvrant la porte à des infections secondaires, préparant le terrain le plus favorable à l'évolution locale et générale de la tuberculose. En pareil cas, il faut tarir rapidement ces suppurations, et pour faire vite et bien, la castration est vraiment la méthode de choix.

En dehors de ces deux conditions, je suis nettement pour les opérations localisées, réduites à l'ablation des noyaux tuberculeux, quand ceux-ci sont en voie de ramollissement, et avant la suppuration franche autant que possible.

Je n'emploie ni le feu, ni la curette. Je ne ne pratique pas non plus la marsupialisation des foyers ; mais après avoir préparé le

champ par l'anesthésie locale, à la cocaïne, j'enlève le foyer, au bistouri, comme je ferais d'une tumeur, incisant aussi loin que possible, jusqu'à ce que je sois en tissu sain, sans me préoccuper d'ailleurs si je taille seulement dans l'épididyme, ou, si dépassant ses limites, j'intéresse le tissu du testicule lui-même. Ceci fait, je suture complètement la plaie, provoquant une réunion par première intention. Cette manière de faire, que j'emploie depuis plusieurs années, et que j'applique aussi aux trajets fistuleux, m'a toujours donné des résultats très satisfaisants et c'est à elle que, jusqu'à nouvel ordre, j'aurai encore recours. J'ajouterai, enfin, en terminant, que le traitement général a ici une influence de premier ordre et que le chirurgien doit veiller à tirer parti de toutes les ressources qu'il peut procurer pour entraver l'évolution de la tuberculose génitale, retarder les accidents de ramollissement, guérir même les lésions, en tous cas soutenir l'état général.

Communications.

Sur un cas de kyste hydatique du foie traité par la méthode de capitonnage de M. Delbet, par M. Bouglé.

La communication est remise à l'examen d'une commission : M. Brun, rapporteur.

De la cure chirurgicale des hémorroïdes,

par M. Ch. Monod.

Il semble que tout le monde soit d'accord actuellement sur la meilleure façon d'entreprendre la cure chirurgicale des hémorroïdes. Si j'en crois, en effet, ce qui se dit ou s'écrit partout, c'est à l'opération de Whitehead plus ou moins modifiée, c'est-à-dire à l'ablation de toute la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum, y compris les varices dont elle est le siège, que la grande majorité des chirurgiens se rallie aujourd'hui.

Or, dussé-je passer encore pour un rétrograde, je dois avouer que je n'ai jamais fait l'opération de Whitehead et ne la ferai sans doute jamais. Et pourtant depuis bien des années je pratique l'ablation des hémorroïdes au bistouri.

Je dis que je n'ai jamais fait l'opération de Whitehead. Elle a été cependant assez souvent exécutée sous mes yeux dans mon

service, à Saint-Antoine. Je laisse volontiers à ceux que je me plais à appeler mes jeunes collaborateurs, une certaine liberté d'allure dans les interventions que je leur confie, et les vois avec plaisir, et pour ma propre instruction, appliquer tel procédé qu'ils ont appris ailleurs.

Pour « le Whitehead », en particulier, je les ai laissés faire, désireux qu'ils étaient de me convertir. Ils n'y ont pas réussi. Je crois plutôt les avoir eux-mêmes ramenés à ma manière de voir et de faire

Comme le dit très bien M. Schwartz dans un récent article (1) :

« L'opération de Whitehead est une excellente opération ; elle guérit vite et bien, mais *à condition d'avoir la réunion de la muqueuse à la peau*, et il faut pour cela des conditions d'asepsie et d'antisepsie pas toujours faciles à réaliser. » L'opération « est délicate », ajoute-t-il, « assez longue, et s'accompagne en général d'une assez forte perte de sang, considérations qui sont à envisager au point de vue de ses indications chez des sujets affaiblis et anémiques. »

C'est parce que je suis persuadé de la justesse de ces remarques, que je continue à donner la préférence à un procédé, moins brillant, mais plus simple, à la portée de tous, d'une exécution facile et rapide, qui donne lieu à une perte de sang presque nulle, qui réussit toujours alors même que l'asepsie n'est pas parfaite, qui ne nécessite aucun soin consécutif, et n'est ordinairement suivie d'aucune douleur, dont les résultats définitifs enfin, si j'en crois mon expérience, ne le cèdent en rien à ceux de l'opération de Whitehead.

Je ne suis pas arrivé du premier coup à la pratique que j'ai finalement adoptée. L'histoire de mon éducation chirurgicale, à cet égard, est par elle-même instructive.

Elève de Gosselin, de Broca, de Richet, je n'osais, au début de ma carrière, toucher aux hémorroïdes que pour les détruire soit par les caustiques soit par le feu.

Ce fut en 1888, si je m'en rapporte à mon registre d'opérations tenu au jour le jour, que, pour la première fois, au lieu de « volatiliser » les tumeurs hémorroïdaires à l'aide de la pince cautère écrasante de Richet, je me permis de les enlever. Je me servis pour cela du couteau thermique, maintenu au rouge sombre. L'opération, plusieurs fois répétée depuis lors, n'était pas toujours exsangue ; j'avais souvent quelques artérioles à lier au catgut.

Bientôt je fis mieux. Au lieu de me contenter de jeter un fil sur

(1) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 6, 22 avril 1899.

les vaisseaux qui saignaient, je réunis systématiquement au catgut toute la surface laissée à découvert par l'ablation de bourrelet hémorroïdaire ; l'hémostase se faisait du même coup.

Un jour, en 1892, je procédais à l'opération ainsi conduite; je venais d'exciser au thermo-cautère deux bourrelets variqueux, j'allais en attaquer un troisième, lorsque la soufflerie de mon appareil éclata. J'étais en ville, je n'avais pas d'instrument de rechange. Ne voulant pas laisser l'opération inachevée, je fis bravement la section du troisième bourrelet aux ciseaux, en ayant soin de procéder à petits coups, réunissant à mesure au catgut les lèvres de la muqueuse divisée.

Je fus frappé de la simplicité et de l'excellence de cette manière de faire. Aussi, ayant, à quelques jours de là, une nouvelle ablation d'hémorroïdes à pratiquer, je laissai le thermo-cautère de côté, et fis toute l'opération au bistouri avec réunion immédiate au catgut.

Depuis lors, c'est le seul procédé auquel j'ai eu recours, le perfectionnant seulement dans certains détails d'exécution. Je me suis arrêté à la technique suivante, qui vaut la peine d'être précisée :

Préparation du malade. — Elle se borne à une purgation donnée l'avant-veille et répétée la veille de l'opération, pour peu que l'effet n'ait pas été satisfaisant. Je fais prendre d'ordinaire 20 à 30 grammes d'huile de ricin l'avant-veille, et le lendemain un verre d'eau purgative. Pas de lavement, ou, s'il paraît nécessaire, l'administrer douze heures au moins avant l'opération. Donné plus tard, il peut n'avoir pas été complètement rendu, et ne l'être qu'au moment de la dilatation forcée de l'anus, incident fâcheux.

Le soir qui précède l'opération, deux pilules d'opium de 2 centigrammes. Cette dose est continuée pendant les quatre jours qui suivent : 2 centigrammes matin et soir. Une troisième pilule doit être quelquefois donnée : au total, 4 à 6 centigrammes dans les vingt-quatre heures.

Position du malade. Anesthésie. — Le malade est dans la position de la taille, situation favorable pour l'anesthésie générale.

J'ai toujours eu recours à celle-ci (éther ou chloroforme). Je sais que l'opération peut être faite à la cocaïne, et j'emploierais volontiers ce mode d'insensibilisation, dans les cas où je trouverais une contre-indication à l'anesthésie générale.

Dilatation forcée de l'anus. — Je la pratique avec le spéculum de Trélat. Cette manœuvre préliminaire est indispensable. Sans elle les hémorroïdes ne sont pas aisément accessibles. Dès qu'elle est faite, on voit apparaître les bourrelets saillants, visibles,

tangibles. Il devient facile d'en bien apprécier le siège et le nombre.

Excision des hémorroïdes. — Lorsque les bourrelets sont nettement pédiculés, leur ablation peut se faire à main levée, au bistouri. On incise la muqueuse rectale à la base du pédicule, en la repérant à mesure avec des pinces à pression ; les deux lèvres de la section sont ensuite réunies au catgut, comme il sera dit plus loin. L'incision doit être faite suivant une direction parallèle à l'axe du rectum ; elle remontera en haut jusqu'à empiéter sur la muqueuse saine et s'arrêtera en bas à la peau, sans l'intéresser.

On aura plus souvent recours à de petits clamps à l'aide desquels on limite d'abord la partie à enlever. Voici comment, dans ce cas, l'on procède.

Avec une pince de Kocher, on va saisir la muqueuse haut dans le rectum, au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, en un point où les tissus paraîtront sains. Une seconde pince est fixée au dessous du bourrelet, à l'union de la muqueuse et de la peau, plutôt sur la muqueuse que sur la peau. Une troisième est au besoin placée entre les deux précédentes, pour achever de former le pli de muqueuse qui doit être réséqué.

C'est au delà de ces pinces que l'on applique le petit clamp, parallèlement à l'axe du rectum. Le clamp ne doit mordre que la muqueuse, sans toucher à la peau. Il est serré à fond, de façon à ne pas déraper.

Par un léger mouvement de bascule, il est facile d'amener vers l'ouverture anale, ou du moins de soulever assez l'extrémité supérieure, intra-rectale, du clamp pour qu'un fil de catgut puisse être placé au delà de cette extrémité en pleine muqueuse saine. Ce premier fil, sur lequel l'aide exerce une légère traction, servira de guide et de soutien pour le reste de l'opération.

C'est en effet, en deça de ce fil, entre lui et l'extrémité du clamp que commence la résection du bourrelet, au bistouri ou aux ciseaux. Les deux lèvres de la muqueuse incisée s'écartent et sont bien visibles ; elles sont immédiatement réunies par un point au catgut qui est à la fois unissant et hémostatique.

La section est alors poussée plus loin, et d'autres points sont placés de même, aussi rapprochés que nécessaire pour arrêter tout saignement. Le dernier correspond à l'union de la muqueuse et de la peau, sans traverser celle-ci.

On comprend qu'en procédant de la sorte l'écoulement sanguin soit réduit à son minimum.

Un premier bourrelet ainsi enlevé, on agit exactement de même pour les autres. Il suffit ordinairement de répéter trois fois, rarement quatre, la manœuvre.

Le catgut que j'emploie est le numéro 1 ; l'aiguille est la petite aiguille de Reverdin.

On pourrait passer tous ces fils d'avance, et ne sectionner qu'ensuite. Mais quelque soin que l'on y mette, on risque de couper un ou plusieurs fils en même temps que la muqueuse. Il faut alors les remplacer, et dans de moins bonnes conditions. Au lieu de gagner du temps, on en perd.

On pourrait aussi, au lieu de points séparés, faire une suture en surjet. Je préfère les premiers, c'est un peu plus long, mais plus sûr au point de vue de l'hémostase.

Il importe du reste, l'opération achevée, de faire une inspection minutieuse de la région et de s'assurer qu'elle est exsangue. On repassera avec l'aiguille des fils supplémentaires dans tous les points qui paraîtront douteux.

A cet effet tous les chefs sont conservés jusqu'à la fin ; ils serviront à attirer au dehors les surfaces de section pour les examiner à l'aise.

Pansement. — Un gros drain, un peu rigide, coiffé de gaze iodoformée, — celle-ci enduite de vaseline stérilisée pour rendre la pénétration très facile — est introduit dans le rectum, assez loin pour que l'extrémité supérieure du tube dépasse largement le sphincter.

La gaze iodoformée maintient les parties dans un état suffisant d'antisepsie ; le drain permet aux gaz de s'échapper en dehors.

Le drain est coupé au ras de l'anus. Une couche d'ouate et un bandage en T compléteront le pansement.

Soins consécutifs. — Ils sont nuls, Le lendemain et les jours suivants on renouvelle l'ouate extérieure, en se gardant de toucher à la mèche intra-rectale. Le malade est maintenu à la diète liquide, lait et potages, en quantité modérée. L'opium, comme il a été dit, est continué pendant quatre jours à dose de 4 à 6 centigrammes.

Le 5[e] ou le 6[e] jour, purgation à l'huile de ricin. Les matières entraînent ordinairement la mèche et le drain, sans que l'on ait à intervenir. Si elles ont quelque peine à s'échapper, une légère traction enlève sans difficulté le bouchon qui s'opposait à leur sortie.

Il est bien remarquable que, à la suite de cette opération, le malade n'éprouve ni gêne ni souffrance, si, du moins, on a eu le soin de ne pas comprendre la peau dans les sutures (1). Il se produit souvent un gonflement des hémorroïdes externes ordinai-

(1) Je ne mentionne que pour mémoire la rétention d'urine fréquente le ou les premiers jours, et pouvant nécessiter le cathétérisme, incident commun à toutes les opérations pratiquées dans la région ano-rectale.

rement concomitantes; si ce gonflement est notable, je remplace le pansement à l'ouate sèche par des compresses boriquées humides (1).

Résultats et *Conclusions.* — J'insiste sur la rapidité avec laquelle la guérison survient. Dès que les malades ont été à la selle, c'es-à-dire dès le 6e jour, ils peuvent être considérés comme guéris. En réalité, ils ne le sont pas, mais les phénomènes d'élimination des fils et de cicatrisation se passant à l'intérieur du rectum, ils n'en sont aucunement troublés. Pour peu que la tuméfaction des hémorroïdes externes soit minime, ils peuvent sortir du lit et s'asseoir sans difficulté.

En tout cas, du 10e au 15e jour, ils sont en état de quitter l'hôpital ou la chambre, astreints à de simples mesures de propreté, ou à quelques ménagements motivés, pour le dire encore une fois, par le gonflement hémorroïdal externe qui va de jour en jour diminuant.

Quant aux *résultats définitifs*, je crois pouvoir les dire excellents. Je n'ai pas eu occasion de constater de récidives. Je ne nie pas qu'elles ne puissent se produire. Il serait facile d'y mettre ordre par une opération complémentaire qui serait sans doute de moindre importance.

J'ai, du reste, à ce sujet, deux remarques à faire :

La première, est d'ordre clinique : avant Whitehead, avant que l'on crût nécessaire, pour obtenir la cure radicale des hémorroïdes, de pratiquer la résection de toute la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum, les chirurgiens qui nous ont précédés sont assurément arrivés à supprimer les pertes de sang des hémorroïdes et les fâcheuses procidences — et cela par des cautérisations ou des destructions toujours partielles. D'où l'on peut légitimement conclure qu'une suppression totale de la muqueuse n'est pas nécessaire pour atteindre le but thérapeutique poursuivi.

Ma seconde remarque est d'ordre anatomique :

Je laisse ici la parole à mon collègue et ami le Dr Arrou, qui, à l'occasion d'un concours de prosectorat, a pu étudier de près les veines du rectum. Il a bien voulu me remettre la note suivante :

« Lorsqu'on injecte, dit-il, par la petite mésaraique, un rectum hémorroïdaire, on voit à peu près constamment la même disposition. Ce sont trois paquets veineux, en boule irrégulière,

(1) Il ressort évidemment de la description qui précède, que, systématiquement, j'évite de toucher aux hémorroïdes externes qui accompagnent ordinairement les internes, Le gonflement dont elles deviennent le siège à la suite de l'opération que je préconise, tombe de lui-même. Au bout d'un mois elles sont réduites à l'état de marisques, aucunement gênantes. Une seule fois une malade m'a demandé de l'en débarrasser secondairement, — question d'esthétique, je pense.

isolés les uns des autres. Ils siègent à 1 centimètre environ de la peau de l'anus, sous la muqueuse rectale, fortement soulevée par eux. Si j'ai bon souvenir, il y en a toujours un postérieur, les deux autres se trouvent sur les côtés.

« Jamais ils ne remontent à plus de 2 cent. 1/2 à 3 centimètres.

« Or, si on tient compte que chacun d'eux est suspendu à une veine verticale sous-muqueuse, comme un pendu à sa corde, on comprend qu'un fil un peu haut placé pourra étreindre de ce côté l'hémorroïde en oblitérant précisément cette veine mère. Un deuxième fil bien placé étreindra la même hémorroïde par en bas. C'est à ce résultat qu'on arrive avec la pince-clamp, à la condition de placer celle-ci de façon qu'elle fasse à la muqueuse un pli vertical.

« L'objection est qu'il existe souvent, entre les trois paquets (quelquefois quatre), quelques bosselures plus petites allant de l'une à l'autre. Mais en pratique, il semble qu'on puisse les négliger ».

Ces notions anatomiques viennent trop à l'appui de la pratique que j'ai adoptée pour que je ne les enregistre avec satisfaction.

Il résulterait de là que l'ablation des hémorroïdes telle que je conseille de la faire, n'est pas aussi partielle qu'elle le semble, puisqu'en réalité elle porte sur les trois ou quatre paquets variqueux qui, d'après M. Arrou, se rencontrent toujours et au même point dans un rectum hémorroïdaire, et qui constituent toute la lésion.

Ces bourrelets supprimés, le malade peut être considéré comme radicalement guéri.

Je suis donc, plus que jamais, décidé à m'en tenir à l'opération conduite de la façon que je viens de dire, puisqu'elle est à la fois simple et efficace.

M. Reclus. — Lorsque M. Delorme est venu à cette tribune nous parler du procédé de Whitehead, je pris la parole pour exposer mon procédé et je ne vois pas la différence entre le procédé de M. Monod et le mien. Dix-neuf fois sur vingt, j'emploie la cocaïne, qui est pour moi l'anesthésique de choix. Après avoir purgé une ou deux fois mon malade avec un purgatif salin, ce qui permet de faire ensuite une constipation sérieuse, je dilate l'anus avec le spéculum de Trélat à moins que le paquet ne soit procident. La dilatation de l'anus qui existe est alors suffisante. Ainsi, dernièrement, chez une personne qui avait un bourrelet hémorroïdaire procident de la grosseur du poing, j'enlevai le paquet sans dilater l'anus et tout se passa très bien. Autrement, voici comment je procède :

Je pratique la dilatation; cela fait, je saisis avec une pince de Kocher le bourrelet hémorroïdaire, et m'occupant d'abord d'une moitié du champ opératoire, je jalonne ma muqueuse aux points où elle est saine et je coupe tout ce qui dépasse. Je trouve de petites ampoules pleines de sang noir. J'extirpe le moins possible, rien que les hémorroïdes, pas de sphincter ni de muqueuse.

M. Monod, au début de la communication, nous a parlé d'hémorragies; ce qui m'étonne, au contraire, c'est la petite quantité de sang que donne l'opération; du reste, en coule-t-il un peu, avec l'aiguille de Reverdin, je fais une suture prenant la peau et la muqueuse, un demi-centimètre au moins, car elle est friable. Je me sers de catgut et j'insiste beaucoup sur sa supériorité sur le crin ou la soie. Ces points profonds font à la fois la réunion de la peau à la muqueuse et l'hémostase. Cela fait, je passe à la deuxième partie de mon champ opératoire.

J'enlève les hémorroïdes externes au ciseau. J'enlève aussi la partie de la peau distendue. Je mets là aussi des catguts.

Je mets ensuite un gros drain entouré de gaze iodoformée que je plonge dans une pommade polyantiseptique et contenant de l'orthoforme qui fait disparaître les douleurs post-opératoires.

Comme M. Monod, une fois sur trois j'ai de la rétention d'urine. Jusqu'à présent, je ne vois pas bien la différence avec le procédé de M. Monod. Or, j'opérais ainsi quand tout le monde opérait encore au thermo-cautère. Il est vrai qu'il n'y a que sept ou huit ans que je me sers du catgut. Je n'ai jamais vu de récidive. Comme complication, je n'ai eu qu'une hémorragie chez un paludéen, et on s'en rendit facilement maître.

M. Pozzi. — Je regrette de ne pas être de l'avis de mes collègues sur le procédé de Whitehead. Depuis plus de vingt ans, je redoute l'extirpation de la muqueuse anale pour avoir vu des rétrécissements consécutifs. Pour éviter ce rétrécissement, il faudrait avoir la réunion immédiate qu'il me paraît très difficile d'obtenir dans cette région. Je ne suis donc pas partisan de l'extirpation des hémorroïdes. Dans les cas les plus graves, j'ai eu des succès avec mon procédé qui consiste à faire l'igni-puncture des paquets hémorroïdaires avec l'anesthésie au chloroforme.

Je commence par faire la dilatation de l'anus. On voit alors les paquets hémorroïdaires et je larde les tumeurs en divers points pour les détruire. Je fais le même pansement que mes collègues. Mes malades sont guéris d'une façon absolue avec ce procédé. Il faut dire que l'hémorragie est à craindre au moment de la chute

des escarres, vers le dixième jour, mais on peut toujours l'arrêter facilement.

M. Tillaux. — Je demande à dire un mot sur ce sujet.

Il y a une trentaine d'années, cette question a été agitée devant la Société. Chassaignac avait proposé l'extirpation avec son instrument en forme de parapluie qui attirait la muqueuse et tout le paquet hémorroïdaire. Il plaçait ensuite son écraseur et avait des résultats merveilleux à cela près qu'il eut aussi des hémorragies mortelles et des rétrécissements du rectum.

— Follin présenta un jour un malade atteint de rétrécissement dans lequel on ne pouvait passer le doigt.

On renonça à son procédé. Pour mon compte, j'ai adopté un traitement que je n'ai jamais changé. Il ne m'a jamais donné de récidive. C'est le procédé que vient d'exposer M. Pozzi. Je dilate avec les doigts, fais sortir les tumeurs et y enfonce la pointe d'un thermo. La tumeur s'affaisse. Il y a parfois un peu de douleur. Les malades ne souffrent pas tous, mais parfois cependant deux ou trois jours.

Dolbeau faisait de même, il cautérisait avec le cautère actuel. Il est préférable de les ponctionner avec le thermo. J'ai toujours procédé ainsi et continuerai.

M. Monod. — Je voudrais répondre immédiatement à mon excellent collègue, M. Reclus, au sujet de la différence qu'il ne voit pas et qui existe cependant, je crois, entre son procédé et le mien.

M. Reclus a été un précurseur. Il a fait le « Whitehead » avant Whitehead. Comme ce dernier, il résèque la muqueuse rectale sur tout son pourtour. J'avais lu en effet son procédé dans son article du *Traité de Thérapeutique chirurgicale* et il vient de nous redire qu'il attaque successivement une moitié de la circonférence du rectum, puis l'autre. Deux moitiés de circonférence font la circonférence entière. Il aboutit donc au même résultat que Whitehead. Puis, comme ce dernier, il suture transversalement de haut en bas la muqueuse à la peau.

Or, j'ai insisté sur ce point; ma résection est toujours partielle, exclusivement limitée aux trois ou quatre bourrelets les plus saillants. D'autre part, je me garde de toucher à la peau; mes sutures sont muco-muqueuses; celles-ci sont enfin placées suivant l'axe du rectum, de façon à rapprocher la muqueuse en plis longitudinaux, au lieu de l'abaisser de haut en bas pour la fixer à la marge de l'anus.

En agissant ainsi, je me mets sûrement à l'abri de tout rétrécissement anal ultérieur. Je crois que l'on peut aussi expliquer de la

sorte le peu de souffrance accusée par les malades à la suite de l'opération.

M. Reclus. — Je n'enlève pas toujours les deux moitiés. J'enlève les points qui me paraissent malades.

Présentations de malades.

M. Bazy présente un malade opéré le 4 février, de *tuberculose testiculaire par l'ablation de son testicule;* il a une récidive sur le côté opposé, sain au moment de l'opération.

Rupture du tendon du quadriceps fémoral; suture, massage et mobilisation immédiats.

M. Poirier. — Messieurs, je vous présente un homme qui s'est rompu le tendon du quadriceps le 22 du mois dernier ; il est entré dans mon service de Tenon, le 23 du même mois; je l'ai opéré le 25; le voici, marchant bien et fléchissant le genou à angle droit, le 22e jour après son opération.

L'histoire est banale : homme âgé de soixante-deux ans; je ne trouve à noter dans ses antécédents que plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, localisé surtout aux genoux et aux épaules et un penchant marqué et avoué pour l'alcool. Je retiens ce point : depuis longtemps ses genoux craquent et le font souffrir de temps en temps, *surtout le droit* ».

Le mécanisme de la rupture est celui que l'on trouve dans nombre d'observations. L'homme descendait du tramway; déjà la jambe gauche avait quitté le marchepied sur lequel la droite reposait encore, quand la voiture se remit en marche; pour éviter de tomber en arrière, à la renverse, D. fit un effort en avant; l'effort resta infructueux et notre blessé tomba dans les bras d'un ami placé derrière lui. C'est dans ce mouvement de chute en arrière avec effort pour se porter en avant, qu'il sentit brusquement au niveau du genou droit un craquement net et une douleur aiguë. Après l'accident, il lui fut impossible de marcher seul : il fut conduit à l'hôpital sur un brancard. Là, nous constatâmes, avec un épanchement dans l'articulation du genou, la dépression sus-rotulienne caractéristique de la rupture du tendon du quadriceps.

J'intervins dès le lendemain.

C'était la première fois que j'avais l'occasion d'intervenir dans un cas de rupture du tendon quadricipital. Le cas m'intéressait vivement : je m'étais beaucoup occupé, dans le temps, de l'anatomie de ce tendon : comme vous le savez peut-être, ce tendon ne ressemble en rien aux autres tendons qui sont composés de fibres sensiblement parallèles, sauf celui du triceps brachial; au contraire, le tendon du quadriceps est formé de trois plans bien distincts par la force et la direction de leurs fibres. Le plan antérieur est formé par le tendon du droit antérieur; le plan moyen est formé par des fibres entrecroisées en x qui unissent les tendons des vastes immédiatement au-dessus de la rotule; le plan postérieur est constitué par la large lame tendineuse du crural. Ces trois plans, fusionnés sur les bords, sont distincts, assez facilement séparables, quelquefois bien séparés par des interstices cellulo-séreux. J'ai établi cette anatomie du tendon quadricipital dans un travail publié dans le *Progrès médical* (1888) et reproduit partiellement dans mon *Traité d'anatomie*.

En raison de sa constitution, je pensais que les ruptures de ce tendon devaient présenter certaines particularités, que les divers plans ne devaient pas se rompre au même niveau et que le trait de rupture ne pouvait avoir la même direction sur ces divers plans en raison de la direction différente de leurs fibres. J'appelai l'attention de mes élèves sur ces divers points avant l'opération, au cours de laquelle il me fut aisé de vérifier la justesse de mes prévisions.

En effet, après avoir ouvert le foyer de la rupture, par une incision verticale et médiane, longue de 10 centimètres, et après avoir balayé les caillots rougeâtres et fibrineux qui remplissaient le foyer en l'isolant partiellement de la cavité articulaire, je constatai :

A. — Que le plan superficiel, tendon du droit antérieur, était rompu transversalement au-dessus de la base de la rotule, à 3 ou 5 millimètres. Son bout supérieur était remonté à 6 centimètres.

B. — Le plan moyen présentait une rupture verticale, provenant de la séparation des vastes, dont les bords tendineux formaient sur les côtés du foyer, deux bandes verticales, dont l'externe plus forte.

C. — Le plan profond, lame tendineuse du crural, était rompu à 8 centimètres au-dessus de la rotule; son bout inférieur attenant à la rotule *était rabattu au-devant de celle-ci*, au-dessous de la peau, dans la vaste excavation séreuse pré-rotulienne. En regardant la face profonde du tendon du droit antérieur, on voyait nettement la niche laissée par l'arrachement de la lame tendineuse du crural, au-dessus de l'entrecroisement des vastes.

Ces détails de rupture du tendon quadricipital ne seront compris que si vous voulez bien jeter les yeux sur le schéma que je dessine au tableau. J'appelle toute votre attention sur ce rabattement au-devant de la rotule de la lame tendineuse du crural *qui s'interpose* ainsi aux deux bouts du tendon du droit antérieur.

Il m'avait suffi d'un coup d'œil pour faire ces constatations et les montrer à mes aides; il me fut facile de suturer successivement les trois plans du tendon. La lame tendineuse du crural fut

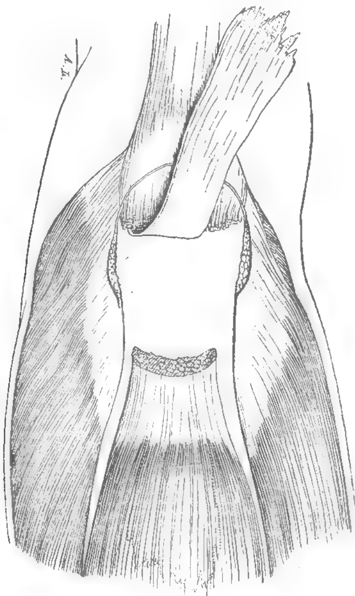


Schéma de la rupture.

relevée, remise en place et suturée aux bords de la niche qu'elle avait laissée sous la face profonde du tendon du droit antérieur. Puis, je ramenai au contact les bandes tendineuses des vastes et les réunis par un point de suture au-dessus de la rotule et aux bords du tendon droit antérieur. Enfin, le tendon du droit antérieur fut recousu par cinq points; j'eus quelque peine à passer les fils dans le bout inférieur en raison de son extrême brièveté, et j'utilisai le revêtement fibreux antérieur de la rotule. Ayant ainsi reconstitué le tendon dans son intégrité anatomique et recousu la peau, je fis un pansement légèrement compressif, laissant à nu la jambe et la cuisse. Le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer, d'où on le sortit dès le quatrième jour, pour

commencer le massage des masses musculaires de la cuisse et du mollet. Il n'y eut pas ombre de réaction.

Le 3 mai, les sutures cutanées furent enlevées; dès le 4, le malade put soulever sa jambe; le 9 il commença à marcher avec une canne; depuis le 14 il marche seul, sans appui et fléchit la jambe à angle droit.

Vous venez de voir le malade et vous avez pu constater que le vingtième jour, il marche facilement et que ses cuisses, assez bien musclées, ont un volume égal. J'attribue ces heureux résultats, si rapidement obtenus, à ce fait que l'opéré n'a guère été immobilisé que pendant trois jours et aussi à ce que nous avons eu grand soin d'entretenir par un massage hâtif, les masses musculaires de la cuisse. Je crois qu'il est plus nuisible qu'utile d'immobiliser le membre dans un appareil plâtré.

Si j'ai su vous décrire l'état des lésions, il vous apparaît que, dans ce cas, par le fait de l'interposition de la bande tendineuse du crural, le massage fût resté impuissant pour la reconstitution du tendon et le rétablissement intégral de la fonction.

Je ne puis conclure d'un seul cas dans lequel la suture me paraît être le seul traitement rationnel et efficace, à moins de contre-indications provenant de l'âge ou de l'état général du sujet. J'aurais quelque tendance à le faire, considérant qu'en raison de la composition anatomique du tendon, ses ruptures doivent toujours porter sur ses divers plans et affecter des directions diverses.

Il est encore deux points que je désire mettre en relief. Des trois plans du tendon, il n'en est guère que deux qui s'insèrent à la rotule, les vastes allant au delà. Il me paraît difficile d'admettre que ces divers plans, qui se rompent à des niveaux différents et suivant des directions différentes, se rompent simultanément : je pense que le tendon du droit antérieur doit se rompre le premier; après, les vastes se séparent et la lame tendineuse du crural est arrachée : c'est ainsi me semble-t-il que les choses ont dû se passer dans le cas que j'ai observé.

Enfin, il me paraît difficile de ne point établir une corrélation entre les ruptures du tendon quadricipital et les lésions péri-articulaires de l'arthrite chronique. Vous connaissez tous ces infiltrations calcaires qui se font au pourtour de la rotule dans les vieilles arthrites, en même temps que les modifications de tissu qui préparent les fractures de cet os. Si l'on considère que, dans beaucoup de cas, la rupture principale siège immédiatement au-dessus de la rotule, il ne répugne point d'admettre qu'elle a été préparée par les lésions de l'arthrite chronique, si bien que la rupture du tendon quadricipital me semble être, dans nombre

de cas, un épiphénomène de l'arthrite chronique du genou, au même titre que la fracture de la rotule.

M. Lucas-Championnière. — Je commence par dire d'abord que ce malade est très bien guéri; néanmoins, je ferai observer que l'incision en fer à cheval fait peut-être mieux et est moins exposée aux chocs ultérieurs.

L'explication anatomique est ingénieuse, les lambeaux sont communs dans nombre d'observations. J'ai vu un sujet qui s'était rompu les deux tendons. L'un avait une rupture rasant la rotule, l'autre au-dessus. J'ai passé les fils dans la rotule. Je l'ai opéré à Saint-Louis, voilà six ans, il marche très bien.

J'en ai opéré un autre chez lequel je n'ai eu de résultats qu'en plaçant dans le tendon un paquet de fils métalliques. Les cas où les tendons sont rompus au ras de la rotule sont fréquents. J'ai vu le tendon rotulien rompu comme si un rasoir l'avait détaché. J'ai dû placer un grand fil temporaire métallique dans l'os, puis j'ai fait des sutures latérales pour maintenir le tendon. J'ai coupé le fil temporaire au bout de deux mois, le résultat a été bon

Dans l'ordre d'idées apportées par M. Poirier, il y a un point très juste : l'influence des lésions rhumatismales.

Il faut considérer les résultats en dehors de la suture comme détestables, à part de rares exceptions. Les malades traités par l'immobilisation boitent toute leur vie et font de l'atrophie de leurs muscles. Aussi, sans hésitation, il faut recourir à la suture.

M. Pozzi. — Je vous présente une malade à laquelle j'ai fait l'ablation d'un *épithélioma du dos du nez.* J'ai comblé la perte de substance par un procédé assez simple. Par une incision en V, sur le front, j'ai détaché un lambeau que j'ai fendu en deux, j'ai décollé sur les parties latérales et réuni.

M. Lucas-Championnière. — Il faut en pareille matière, que l'opérateur sache se contenter de peu. Quoiqu'on ait de bons résultats par l'autoplastie, on en a de si satisfaisants sans cela que celle-ci n'en vaut guère la peine. Néanmoins, ici, cela était très indiqué.

Présentation d'appareil.

Appareils en celluloïd.

M. Jalaguier présente, au nom de M. Calot (de Berck), deux corsets et une genouillère en celluloïd.

D'après M. Calot, le celluloïd peut s'employer soit en solution comme la colle de menuisier, soit en pièces comme le feutre.

Technique. — Les appareils en celluloïd doivent être confectionnés *sur moule.*

Si l'on veut l'employer en solution pour en imprégner des bandes de gaze appliquées sur le moule, procédé le plus commode, on ramollit le celluloïd dans l'acétone jusqu'à ce que la solution ait pris une consistance sirupeuse, et l'on applique cette colle sur le tissu de tarlatane avec un pinceau et non pas avec les mains, car le contact de cette solution altère l'épiderme.

Quelques heures après son application, cette première couche est solide; l'on en applique une deuxième, puis une troisième; puis une nouvelle bande de gaze, à son tour imprégnée de colle de celluloïd et ainsi de suite jusqu'à ce que le corset ait l'épaisseur voulue.

Il est plus simple d'employer des jerseys que de la tarlatane. Pour un petit enfant, trois jerseys suffisent; pour un adolescent, il en faut cinq.

Dès que l'appareil est sec, on le coupe, on l'essaie au besoin, on fait les corrections nécessaires, après quoi on le fait garnir de crochets ou d'œillets par une personne de service quelconque. Du reste, c'est une personne de service qui se charge de la fabrication du corset : fabrication qui se réduit à appliquer alternativement des jerseys et de la colle sur le moule qu'on lui a donné.

L'on obtient ainsi un appareil semblable à ce corset brun, très léger, très solide et très suffisamment élégant, ou bien encore à cette genouillère brune.

Ce procédé diffère peu du procédé employé à l'étranger pour la fabrication des appareils en colle de celluloïd. Mais voici un procédé personnel à M. Calot et qui permet l'emploi courant du celluloïd en pièces.

D'après M. Calot, si l'on n'est pas arrivé jusqu'ici (du moins à sa connaissance) à fabriquer un appareil d'une seule pièce, c'est que l'on travaille le celluloïd dans l'eau bouillante. Le celluloïd se ramollit instantanément dans l'eau bouillante et se durcit aussi instantanément dès qu'on le retire.

M. Calot a eu l'idée de travailler le celluloïd à froid : il le fait ramollir dans l'alcool, ce qui demande vingt-quatre ou trente heures, temps qu'il ne faut pas dépasser. Il l'applique ensuite exactement sur le moule avec une bande de caoutchouc; on le laisse sécher lentement à une température basse; après quelques jours de séchage, on le coupe et on en garnit les bords, comme dans le cas précédent, d'œillets et de crochets.

On pourrait reprocher à ces appareils d'être inflammables; ce défaut, suivant M. Calot, est négligeable, car il faut, pour qu'ils prennent feu, le contact d'une flamme. D'après lui, le celluloïd doit être préféré aux autres substances en raison de sa solidité, de la facilité du travail, et du prix de revient peu élevé.

M. Lucas-Championnière. — Ce celluloïd est-il combustible? Cela est très dangereux. Il suffit de la perspective d'une brûlure par le celluloïd pour enlever l'envie de s'en servir. Il paraît qu'il existe dans l'industrie des procédés pour rendre le celluloïd incombustible, ce serait le cas de les appliquer.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 24 MAI 1899

Présidence de M. Pozzi.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Demoulin, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats, pour la place déclarée vacante de membre de la Société ;

3° Une lettre de M. Félizet, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de M. Lejars, qui demande une prolongation de congé ;

5° Deux volumes de M. Bigeard, les *hystérectomies vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus*, renvoyés au prix Duval ;

6° Une lettre de M. Mayor, qui sera lue au cours de la séance.

Discussion

Cure chirurgicale des hémorroïdes (suite).

M. Quénu. — La communication de M. Monod a eu pour but de nous faire connaître un nouveau mode d'excision des hémorroïdes. Parmi les collègues, qui ont pris déjà la parole sur cette question, plusieurs ne se sont pas attardés à discuter le procédé

de M. Monod, ils ont de propos délibéré, fait le procès de la méthode d'excision et l'apologie des méthodes modificatrices telles que l'ignipuncture. Or, remettre au premier plan dans le traitement opératoire des hémorroïdes les cautérisations, fût-ce par le cautère de Paquelin, me semble un recul incontestable, et le contraire du progrès. Je vais essayer de le démontrer avant d'en arriver à l'analyse du travail de M. Monod. J'aurai peut-être sur mes contradicteurs cet avantage, qu'avant d'adopter l'excision sanglante, j'ai pratiqué le traitement qu'ils recommandent, et qu'il m'est ainsi d'autant plus facile d'établir de justes comparaisons. J'ai hâte de déclarer au début de cette courte communication que je n'entends en aucune façon bannir l'ignipuncture de la thérapeutique hémorroïdaire.

Les hémorroïdes, c'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister, ne se présentent pas constamment avec des caractères identiques, aucune lésion n'est plus variable. Le siège, l'étendue, l'état des veines, l'état de la muqueuse et de la peau, l'acuité du processus, ses modalités cliniques sont susceptibles de différer d'un sujet à l'autre : vous ne pouvez prétendre appliquer à tous un même traitement; les dissidences qui éclatent dans la discussion engagée résultent en grande partie de ce défaut de conception : les uns parmi nous ne touchent pas aux hémorroïdes externes, les autres les sacrifient : sont-elles donc toujours semblables ? toujours dignes de conservation ou seulement bonnes à réséquer?

M. Monod a observé que les méthodes d'excision de Whitehead, par exemple, donnent beaucoup de sang; elles saignent peu, prétend M. Reclus. Ils ont raison tous les deux : certaines excisions saignent peu, d'autres beaucoup.

Pour quelles raisons intervient-on opératoirement contre les hémorroïdes? Pour des raisons diverses; ce n'est pas parce qu'un sujet a des hémorroïdes qu'il nous consulte, c'est parce qu'il en ressent un inconvénient spécial. Les accidents pour lesquels nous intervenons me paraissent pouvoir être ainsi groupés :

Accidents hémorragiques;

Accidents inflammatoires;

Sensations douloureuses;

Prolapsus de la muqueuse.

Je n'insiste pas sur les *hémorragies*, la gravité de leur répétition, l'état d'anémie profonde qu'elles sont capables de produire, nous sommes d'accord là-dessus; mais quelles sont les hémorroïdes qui saignent le plus? ce ne sont pas toujours les plus volumineuses, ce ne sont pas toujours celles qui s'accompagnent de bosselures et d'ampoules; on est tout surpris parfois, la dilata-

tion faite, de n'avoir que peu ou point de tumeurs hémorroïdaires, mais une muqueuse rouge, vasculaire, saignant au moindre contact : cette forme, les Anglais la connaissent bien, ils la désignent sous le nom de *nœvoïde* : il s'agit dans ces cas, je crois l'avoir démontré, d'une véritable transformation caverneuse de la muqueuse anale : le sacrifice de cette muqueuse me paraît une condition essentielle d'un succès durable.

Je ne m'arrête pas sur les formes où le saignement paraît provenir de vaisseaux artériels ou veineux, la source de l'hémorragie n'ayant plus ici la même importance au point de vue du choix de la méthode.

Les *accidents inflammatoires* comprennent toute la série des complications hémorroïdales d'ordre infectieux, depuis la simple thrombose partielle de quelques ampoules, jusqu'à la mortification du bourrelet infecté et étranglé. Pour les thromboses partielles avec peu de réaction générale, j'ai indiqué un mode de traitement rapide et peu douloureux qui consiste simplement à exciser à la cocaïne les tumeurs thrombosées et à réunir par première intention.

L'inflammation plus étendue des hémorroïdes n'est pas une contre-indication absolue de l'extirpation sanglante, pourvu que le processus n'ait aucune acuité : dans ces conditions, il m'est arrivé d'opérer et de réussir ; mais en général, il vaut mieux, en pareils cas, ou attendre que la période aiguë soit dissipée ou bien s'adresser aux procédés de cautérisation, lorsqu'on a un intérêt quelconque à débarrasser au plus tôt son malade. C'est ainsi que l'an dernier, j'avais à traiter à l'hôpital Cochin un malade assez âgé, atteint de vieilles hémorroïdes saignantes et procidentes. Je devais faire le Whitehead et le soumis à la préparation habituelle, mais dès le premier purgatif, il se déclara une crise hémorroïdaire (c'est-à-dire une phlébite), des plus intenses avec prolapsus du bourrelet, douleurs intolérables, etc. ; sans plus attendre, j'eus recours à la volatilisation par les pinces-cautères de mon ancien maître Richet. A mon avis, c'est donc pour ces cas d'hémorroïdes infectées qu'il faut réserver la cautérisation par le feu en ayant recours soit à l'ignipuncture soit à la destruction par le procédé de Richet suivant l'étendue et l'importance du bourrelet.

Mon troisième groupe d'indications comprend les *sensations douloureuses*. Celles-ci sont attribuables tantôt et souvent à une fissure avec la contracture qu'elle engendre, tantôt il s'agit d'hémorroïdes externes, de petites érosions produites ou non par les grattages et l'eczéma, ou de petites ampoules phlébitiques. Dans d'autres cas, ce sont des sensations de plénitude, de ténesme,

de besoins de défécation non satisfaits ; d'autres fois, les sensations douloureuses m'ont paru n'avoir pas d'autre raison que des petites granulations de la muqueuse dans le trajet sphinctérien.

Mais le plus fréquemment peut-être, d'après mes observations, les sensations vagues de gêne et de congestion ont pour point de départ le prolapsus de la muqueuse depuis la simple éversion jusqu'à l'issue au dehors d'une petite portion de muqueuse proprement dite. Je tiens à insister beaucoup sur cet accident des hémorroïdes, parce que dans la moitié des cas peut-être, c'est pour lui que j'ai été consulté et que je suis intervenu.

La *procidence de la muqueuse* survient d'habitude pendant la défécation, la réduction en est plus ou moins facile, et jusqu'ici, aucun secours chirurgical n'est demandé ; mais chez nombre de malades, l'éversion ou la procidence apparaissent sous la seule influence de la marche, peut-être aussi de l'expulsion des gaz : le malade en ressent de la gêne, la muqueuse anale en est parfois irritée et sécrète des mucuosités dont on retrouve la trace sur la chemise. Le prolapsus est généralement, partiel, tantôt limité à un côté de l'anus, tantôt plus limité encore à un groupe de veines, passant dans les colonnes de Morgagni. C'est à cette variété dont j'ai observé un exemple, il y a quelques jours, chez la femme d'un confrère, qu'Hamilton (1) donnait le nom d'hémorroïdes en colonnes (*Columnar pile*).

Il est incontestable que le fait de cette procidence, son degré, son extension ou sa limitation, que l'état d'intégrité ou d'altération de la muqueuse prolabée commandent tel ou tel mode d'intervention. L'opération de M. Monod, si elle fait ses preuves, ne serait applicable qu'aux hémorroïdes en colonnes. M. Monod, d'après quelques pièces de M. Arrou déposées au musée de Clamart, et que je connais bien, semble croire que des hémorroïdes en colonnes sont les plus communes. Je n'en suis pas convaincu : M. Arrou a injecté des sujets sans rechercher ceux qui étaient spécialement atteints d'hémorroïdes, pour la raison qu'il étudiait, non les hémorroïdes mais les veines normales de l'anus, et qu'il devait se contenter du petit nombre de sujets mis à sa disposition. Mes recherches qui ont duré plus de trois ans, et qui ont porté sur des centaines de sujets, ont eu spécialement en vue les veines hémorroïdales variqueuses : or il suffit de se reporter aux quelques figures que j'ai données, et qui ont été dessinées d'après nature, pour se convaincre que si elles débutent par des tumeurs isolées et colonnaires, les hémorroïdes ne tardent pas à se rejoindre, et à former un véritable bourrelet. Incontestablement,

(1) *Clinical lectures on desease of the lower bowel*, Dublin, 1883.

l'opération partielle de M. Monod laisse des portions de muqueuse altérées, d'autant qu'il ne peut invoquer, comme le feraient les partisans des méthodes cautérisantes, l'action modificatrice de son opération partielle sur les veines voisines, ou s'il le fait, c'est qu'il avoue que sa plaie suppure, et ne se réunit pas par première intention. De cette analyse des indications opératoires, je veux tirer cette conclusion, c'est qu'aucune méthode ne s'adapte complètement à tous les cas. Reste à désigner celle qui, pour la généralité des hémorroïdes internes en dehors des périodes de crises, doit mériter le titre de méthode de choix.

Il n'y a pas de doute, avant l'adoption de nos habitudes opératoires actuelles, et au temps de la septicémie, les méthodes sanglantes devaient céder le pas à la cautérisation. Dans le service du professeur Richet, où en 1879, régnait la suppuration, les opérés d'hémorroïdes échappaient aux complications septiques : c'est que, d'une part, il employait le cautère actuel et que, d'autre part, en même temps il détruisait les veines variqueuses : il insistait avec raison sur cette double action de sa pince-cautère, action de destruction et de cautérisation. L'ignipuncture agit tout autrement. Elle provoque la coagulation autour d'un tout petit trajet de tissus détruits, c'est donc une méthode modificatrice par excellence, c'est une méthode thrombosante. Or, il est bien difficile de soutenir que cette thrombose reste longtemps aseptique. La meilleure preuve en est que ces cautérisations sont suivies d'une vive réaction locale : les hémorroïdes deviennent turgescentes, procidentes, douloureuses, et c'est après que cette petite poussée de phlébite s'est plus ou moins vite dissipée que tout rentre dans l'ordre : plus tard, les petites escarres s'éliminent, et M. Pozzi nous avertit qu'à ce moment, c'est-à-dire au bout de douze ou quinze jours, il faut se méfier de petites hémorragies. Ainsi donc, du 12e au 15e jour, vous en êtes encore, d'après votre aveu, là une période d'élimination d'escarres, ceci laisse deviner quel peut être le temps nécessaire à la cicatrisation complète.

Ainsi donc, au point de vue des suites : suites immédiates marquées par de très vives douleurs, ainsi que le reconnaît M. Tillaux, tandis que les opérés de Whitehead souffrent peu ou point; suites éloignées caractérisées par une période relativement longue d'élimination d'escarres et de cicatrisation : l'opération est facile, sans doute; exsangue? pas toujours : il en est, je le sais par expérience, de certaines tumeurs hémorroïdaires comme de certaines tumeurs érectiles; les moindres ponctions y déterminent de notables et ennuyeux écoulements de sang.

La méthode a-t-elle au moins une supériorité au point de vue de la sécurité de l'opéré?

J'en doute à l'heure qu'il est. Nous sommes plus maîtres de maintenir une asepsie relative de l'anus hémorroïdaire que vous de maintenir une phlébite hémorroïdaire provoquée par votre traitement dans les limites d'une inflammation atténuée. Et du reste, pour sortir des conceptions théoriques, apportez-nous des faits, nous ne craignons pas d'y opposer les nôtres.

Depuis dix ans, nous opérons ou faisons opérer les hémorroïdes par excision, et nous en avons opéré beaucoup. Un seul, un peintre en bâtiment, est mort dans notre service : il est mort le dixième jour, non de son opération, mais d'éclampsie due à une intoxication saturnine, avec une plaie anale guérie.

Au point de vue de la rapidité de la cicatrisation et de la restauration parfaite, les résultats ont été d'autant meilleurs que nos élèves ou nous-même nous sommes astreints à une technique plus parfaite. Le seul reproche qu'on puisse faire à l'opération de Whitehead, c'est qu'elle est une opération délicate, dont la préparation et les soins consécutifs exigent d'assez grandes minuties.

Au début, c'est-à-dire en 1892, nous n'obtenions pas toujours une réunion parfaite, c'est là ce qui nous avait engagé à modifier le procédé du chirurgien de Manchester dans le sens d'une résection des veines malades sans résection de la muqueuse (1). Nous avons reconnu depuis que, dans la plupart des cas, l'altération de la muqueuse anale était telle qu'il était préférable d'en sacrifier une partie. Les petits détails d'exécution ont une importance considérable dans la réussite; mes collègues me pardonneront d'y insister.

Je passerai en revue successivement la préparation du malade, l'opération, les soins consécutifs.

Comme préparation, je purge mes malades trois jours avant l'opération avec un purgatif salin; je leur fais prendre un demi-purgatif l'avant-veille; dès la veille, je fais commencer le traitement constipant par le lait, le bouillon et les pilules d'opium; un lavement simple est administré la veille comme lavage du rectum, la région opératoire est d'avance rasée et savonnée.

L'administration de l'opium vingt-quatre heures après l'opération m'a paru une très bonne précaution dans toutes les opérations sur le rectum.

Je n'ai pas l'intention de décrire l'opération de Whitehead, qui date de 1882, et dont on trouve la description partout. Chacun de nous apporte à toute opération de petites modifications person-

(1) Congrès de chirurgie, 1893.

nelles dont l'ensemble ne mérite réellement pas le titre de procédé; je me borne à l'énumération de ces petites modifications que j'ai longuement décrites dans un article de la *Presse médicale* l'an dernier. Lorsqu'on a disséqué jusqu'au bord inférieur du sphincter externe, la muqueuse anale avec les hémorroïdes y attenant, on peut décoller plus ou moins haut la muqueuse rectale en longeant la face interne des sphincters et réséquer des portions étendues de cette muqueuse rectale. Pour ma part, je réprouve ces résections étendues qui ont été, si je ne me trompe, recommandées par M. Picqué; c'est l'expérience seule qui apprend la hauteur de la muqueuse à réséquer, ni trop pour ne pas avoir, par suite d'une traction excessive, un échec de réunion, ni trop peu pour que le sujet ne garde pas un peu du prolapsus ou de l'éversion pour lesquels vous l'avez opéré.

Comment faut-il faire cette résection? Il est bien entendu que nous opérons par moitié. Faut-il réséquer d'un seul coup, ou bien en plusieurs temps, suturant à mesure qu'on sectionne?

Avec la résection faite d'emblée, la coupe est incontestablement plus régulière, mais la muqueuse rectale remonte, et on a quelque peine à la rattraper. Le malade, comme je l'ai déjà dit, avale son rectum.

On a la ressource des pinces pour repérer et attirer en bas cette muqueuse. Mais je réprouve cette pratique, parce que je sais par expérience et par des expériences sur des animaux, que la forcipressure de la muqueuse intestinale altère les éléments très friables de cette muqueuse et contrarie une bonne réunion.

Fait-on la coupe en plusieurs temps? on se heurte à un autre inconvénient grave, c'est qu'on répartit mal ses points de suture. On sait en effet que dans cette suture, il s'agit d'affronter une demi-circonférence cutanée à une demi-circonférence muqueuse de rayon plus étendu, on ne peut y arriver qu'à l'aide de fronces, tout comme les couturières qui adaptent une manche large à une emmanchure plus étroite : or, le talent opératoire consiste à répartir ses fronces également, pour qu'à la fin il ne vous reste pas une plicature de muqueuse.

On y arrive de plusieurs façons : en passant d'avance ses fils à travers le lambeau muqueux qu'on doit réséquer un peu au-dessus de sa ligne de coupe; ou bien encore en les passant à la fois à travers le lambeau muqueux et la peau, ou enfin en revenant au procédé primitif de Whitehead, un peu modifié. Primitivement Whitehead divisait le bourrelet hémorroïdaire en quatre segments, par des incisions verticales et disséquait ensuite chacun d'eux isolément. Or, on peut disséquer la demi-circonférence, puis fendre le lambeau muqueux, au milieu et au fond de cette

fente, attacher un point de suture. Tenue de la sorte en trois points, à ses extrémités et en son milieu, la muqueuse intestinale ne peut plus se rétracter d'une façon gênante, et dans chaque quadrant il est facile de répartir d'une façon régulière ses sutures et ses plissements.

J'ai toujours soin de ne commencer les sutures qu'après hémostase par ligature de tout vaisseau qui saigne en jet. J'ajoute, comme M. Reclus, qu'il m'arrive de faire des excisions partielles. On ne peut en juger qu'après ladilatation.

Comme pansement, je mets un petit tampon d'ouate iodoformée muni d'une ficelle, au bord de l'orifice anal, afin qu'il exerce une légère compression de dedans en dehors sur la région opérée. S'il est trop gênant, je fais desserrer le pansement (large bandage en T en flanelle), au bout de cinq ou six heures, et le tampon est spontanément expulsé. Ce petit tampon d'ouate qui pénètre à peine dans l'anus, est infiniment moins pénible qu'un tube en caoutchouc à demeure, fût-il entouré de gaze iodoformée.

Le pansement doit être fait tous les jours. Je me borne à assécher le pourtour de la ligne de suture avec un tampon exprimé, puis à appliquer un peu de gaze iodoformée et de la ouate. Au bout de huit à neuf ou dix jours, les fils de catgut sont généralement résorbés, c'est même là un désavantage du catgut pour les opérations anales, et il serait désirable évidemment d'avoir des fils se résorbant, mais de plus longue résistance à l'absorption.

Je maintiens la constipation par le régime une douzaine de jours. Après ce laps de temps, j'autorise une alimentation végétale et des fruits, il arrive souvent aussi que je ne suis pas obligé de recourir à un laxatif pour obtenir la première selle toujours un peu sensible. Les malades se lèvent du treizième au quatorzième jour, et sont généralement guéris à cette période. Voici, du reste, un relevé des 17 opérations faites depuis l'an dernier dans la seule salle des hommes, à Cochin, par moi-même ou mes internes, Branca et Barnsby.

La première colonne de chiffres indique la date de l'opération, la deuxième, la date de sortie du malade. Or, nos malades ne sont jamais renvoyés qu'entièrement cicatrisés, et ne quittent l'hôpital que 2 ou 3 jours après le dernier pansement ; il faut donc retrancher 3 à 4 jours de leur séjour hospitalier pour avoir la durée exacte des suites post-opératoires.

La plus longue durée de cicatrisation a été de 23 à 24 jours, la plus courte de 10 à 12 jours, la moyenne de 15 à 16 jours.

Dans presque toutes mes opérations, j'ai employé l'anesthésie générale : dans les cas où j'ai eu recours à la cocaïne, j'ai remar-

qué une moins grande facilité dans l'exécution de l'opération, le sphincter et le releveur continuant à se contracter. Une de ces observations est récente, puisqu'elle a trait à un étudiant en médecine qui refusa le chloroforme. Opéré le 6 mai, ce malade a repris ses études et son stage hospitalier le 19, soit 13 jours après son opération. Un malade du Dr Girodeau, opéré le même jour, est sorti le 22 mai, déjà guéri depuis 3 jours.

DATES de l'opération.	DATES de la sortie.	DURÉE du séjour.
13 octobre 1897.	6 novembre.	23 jours.
14 — —	6 —	22 —
19 novembre 1897.	6 décembre.	17 —
28 janvier 1898.	13 février.	16 —
8 avril 1898.	24 avril.	16 —
23 mai 1898.	13 juin.	21 —
9 juillet 1898.	29 juillet.	18 —
12 août 1898.	30 —	18 —
23 — —	8 septembre.	16 —
19 octobre 1898.	3 novembre.	14 —
29 novembre 1898.	20 décembre.	21 —
19 décembre 1898.	5 janvier.	16 —
23 janvier 1899.	20 février.	28 —
26 — —	5 —	10 —
26 — —	19 —	24 —
27 — —	13 —	17 —
6 mai 1899.	18 mai.	12 —

J'ai pu suivre depuis sept ou huit ans mes opérés d'hémorroïdes de ville. La guérison s'est maintenue chez eux, et je n'ai noté qu'une seule fois le léger inconvénient d'un peu d'éversion de la muqueuse par suite d'une résection trop économique. Je pense qu'avec l'expérience que m'ont déjà donnée de très nombreuses observations, j'ai le droit de conclure à l'excellence de l'opération de Whitehead.

Que vaut comparativement l'opération que nous propose M. Monod?

M. Monod pratique une série de résections longitudinales de la muqueuse ano-rectale, et obtient des plaies verticales qu'il suture transversalement. Est-il bien sûr d'avoir ainsi de bonnes réunions? a-t-il examiné ses malades au sixième jour, au moment où il les a purgés? ses sutures au sixième jour sont donc en état de supporter la contamination de selles diarrhéiques? ou n'a-t-il pas des écartements qui se réunissent ensuite par deuxième intention

sans trop d'inconvénient, puisque les plans n'intéressent pas la circonférence ano-rectale? Ce que je sais, c'est qu'au début, quand je faisais mal le Whitehead, il me restait des plis de muqueuse auxquels j'appliquais les sutures transversales de M. Monod. Ces plaies verticales ne m'ont pas semblé favorables à une cicatrisation rapide.

Je demande à M. Monod de nous donner à ce sujet des observations plus explicites, mais fussent-elles satisfaisantes, je crois avoir démontré que son procédé ne saurait se substituer au Whitehead, et s'appliquer à la majorité des cas d'hémorroïdes internes justiciables d'intervention.

Routier. — Je tiens aussi à vous exposer une pratique pour la cure des hémorroïdes, d'autant que le procédé que j'emploie tient le milieu pour ainsi dire entre le Withehead ou ses dérivés, et le procédé à l'ignipuncture simple préconisé ici par MM. Pozzi et Tillaux.

Un mot cependant à propos des données anatomiques que M. Monod nous a fournies d'après Arrou, pour faire remarquer que ces données anatomiques sont plus anciennes qu'il ne paraît l'indiquer; ces dilatations ampullaires sont signalées par Sappey, beaucoup mieux décrites et figurées dans un opuscule de Duret. Je me souviens de les avoir, d'après ces auteurs, préparées en pièces sèches dans un concours de prosectorat, à Clamart vers 1879 ou 1880. Ce n'est pas l'anatomie pathologique des hémorroïdes.

Quoi qu'il en soit, quand un sujet a des hémorroïdes et qu'on a pratiqué la dilatation de l'anus, on met parfaitement en évidence les paquets hémorroïdaires qui encombrent l'anus et qui sont en nombre variable, sous forme de tumeurs violacées contrastant avec la couleur rosée de la muqueuse ano-rectale; ce sont ces tumeurs qu'il s'agira de détruire pour guérir les hémorroïdes, contrairement à ce que nous enseignait Verneuil qui croyait que là dilatation seule suffisait pour les faire disparaître.

Comme tous nos collègues, mon premier temps de l'opération contre les hémorroïdes, c'est la dilatation forcée de l'anus : je la pratique avec le spéculum de Trélat, parce qu'il m'est arrivé une fois, en faisant la dilatation digitale, de me luxer le pouce gauche, ce qui est fort douloureux.

J'anesthésie mes malades avec le chloroforme. La dilatation pratiquée, on voit les tumeurs hémorroïdaires : je saisis alors une de ces tumeurs avec une pince de Museux; une légère traction pédiculise la tumeur, et je serre fortement ce pédicule par une forte ligature à la soie.

Avec le couteau du thermo-cautère, j'ouvre en quatre, comme une grenade, cette tumeur préalablement liée, afin de faciliter la chute de l'escarre que produit ma ligature. J'ai été amené à faire cette ligature préalable, pour éviter l'hémorragie secondaire, due à la chute des escarres, hémorragie que nous a signalée M. Pozzi et que j'avais comme lui observée quand je me contentais de l'ignipuncture.

Je répète cette opération autant de fois qu'il y a de tumeurs hémorroïdaires; ordinairement 4 ou 5 ligatures sont suffisantes, pour débarrasser le rectum de toutes ses tumeurs.

Je prends grand soin de ne pas comprendre dans la ligature la peau ou la partie intermédiaire à la peau et à la muqueuse, car ce serait beaucoup plus douloureux, et on serait exposé en outre à avoir un rétrécissement de l'anus.

Je néglige les hémorroïdes externes, quand elles sont seulement congestives; mais quand elles sont déjà transformées en tumeurs solides, véritables, irréductibles, je les excise au thermo-cautère.

Les hémorroïdes externes, seulement congestives, disparaissent spontanément après la suppression des hémorroïdes internes.

En prenant ces précautions, il y a toujours assez de points de muqueuse saine entre les pédicules ligaturés, pour conserver au rectum son calibre normal, et je puis affirmer que cette pratique, que j'emploie depuis déjà longtemps, n'a jamais été suivie de rétrécissement.

Plus simple encore que mes collègues, je ne fais pas de pansement, convaincu que tout corps étranger, drain ou mèche, introduit dans le rectum est plus nuisible qu'utile, ou tout au moins gênant.

Pour éviter la douleur au réveil, plus variable avec les sujets qu'avec le nombre des ligatures ou des cautérisations employées, je mets dans le rectum, une assez forte masse de vaseline cocaïnée au centième.

J'ai purgé mes malades la veille, je ne les constipe pas; ils ont une selle vers le deuxième ou troisième jour; si elle ne se produit pas spontanément, je la provoque, et les malades sont généralement étonnés de n'avoir pas souffert en allant à la garde-robe.

J'ai observé des rétentions d'urine, surtout chez l'homme; cet accident n'est pas dû au mode opératoire. Du huitième au douzième jour, les ligatures tombent, sans que le malade s'en doute; je n'ai pas eu d'hémorragie secondaire, et la cicatrisation a toujours été très rapide; mes malades, selon leur degré de sensibilité, gardent le lit de quatre à huit jours.

La difficulté sinon l'impossibilité de rendre cette région aseptique est la principale raison qui m'ait fait abandonner la recherche

de la réunion immédiate après excision sanglante; inutile de dire qu'avec mon procédé d'ignipuncture après ligature, mes malades ne perdent pas une goutte de sang.

Il est bien entendu que si les hémorroïdes sont procidentes, la dilatation devient inutile; ce matin encore, j'ai enlevé à une vieille dame sans chloroforme cette fois, mais avec cocaïne et chloréthyle, une grosse hémorroïde procidente plus grosse qu'une noix, qui était habituellement sortie et s'exulcérait; cette malade du reste, valétudinaire, n'aurait pas supporté une grosse intervention.

Présentations de malades.

Ulcère simple de l'estomac.

M. QUÉNU présente le malade auquel il a été fait allusion dans une précédente discussion sur le traitement chirurgical de l'*ulcère simple de l'estomac*, malade auquel il a bouché la perforation stomacale après avoir détaché la vésicule biliaire qui la masquait.

Lipomatose sous-diaphragmatique.

M. SEGOND présente la photographie d'une malade atteinte de *lipomatose sous-diaphragmatique généralisée*. Elle pesait 225 kilogrammes; mère du plus gros conscrit de France, il lui faut deux lits pour se coucher. Elle a entre les jambes un gros lipome kystique qu'elle ponctionne quand il devient trop gros et trop gênant.

M. MICHAUX. — J'ai la même photographie faite il y a trois ans, par un interne de Péan. Je la présenterai dans la prochaine séance.

Acné hypertrophique du nez.

M. TILLAUX. — Je voulais présenter un malade atteint d'*acné hypertrophique*. Il avait un nez invraisemblable, tellement qu'il ne pouvait gagner sa vie. J'ai fait l'excision des parties saillantes et le grattage. Les suites opératoires ont été très simples.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ce malade est bien, mais par le procédé d'Ollier on a des résultats bien supérieurs. Je vous

apporterai des moulages. Par la décortication, on a de bien meilleurs résultats. J'ai fait de ces interventions à Saint-Louis et à Beaujon; il est aisé de les réussir.

M. Reclus. — Je suis de l'avis de M. Lucas-Championnière. J'ai fait la décortication dans un cas, et au lieu de la coloration rouge du nez de ce malade, j'ai la teinte normale. Peut-être le bout est-il un peu relevé.

M. Berger. — J'ai eu de bons résultats en taillant le nez comme un crayon. Souvent on peut échouer, car les cartilages ramollis se boursouflent, et on peut ouvrir sans le vouloir les cavités nasales.

M. Tillaux — Je n'ai pas présenté cet homme-là comme type de nez idéal, mais pour montrer qu'avec une opération facile on peut faire un nez présentable. J'ai coupé aux ciseaux les parties saillantes, j'ai abrasé une grande partie du derme, mais pas toute l'épaisseur.

Epithélioma de l'estomac, résection.

M. Tuffier présente un malade opéré il y a deux ans et deux mois à Lariboisière d'un *épithélioma de l'estomac*, par le procédé de Kocher; il va très bien; je l'ai revu ce matin pour une contusion de la cuisse. Je ne me lasserai pas de présenter des faits semblables qui sont si encourageants.

Cancer du pylore. Pylorectomie. Fermeture des deux bouts. Gastro-entérostomie. Guérison.

M. Henri Hartmann. — Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, a subi une opération qui, actuellement, commence à devenir de pratique courante. Comme cependant l'efficacité de cette opération est discutée par quelques-uns, j'ai pensé qu'il y avait encore un certain intérêt à la publier, la pylorectomie n'étant pas universellement adoptée dans notre pays.

B..., cinquante-neuf ans, entre le 28 février 1899 à l'hôpital Bichat. Ce malade a souffert, pendant presque toute son existence, de troubles digestifs. Depuis huit mois, il a des vomissements très fréquents; son état s'est notablement aggravé dans les trois derniers mois. Notre collègue et ami, Mathieu, trouvant avec une grande stase des mouvements péristaltiques intenses et une tumeur sous le bord externe du grand droit, nous l'adresse.

Le 3 mars 1899, après anesthésie faite par le Dr Bourbon, nous procédons, avec l'aide de nos internes, Cunéo et Guillemin, à l'opération suivante : une incision sus-ombilicale médiane nous permet de constater l'existence d'un carcinome pylorique avec ganglions le long de la grande et de la petite courbure.

Sur notre incision verticale, nous branchons perpendiculairement à droite une deuxième incision, de manière à mettre bien à découvert la lésion. Deux boutonnières pratiquées dans des espaces avasculaires au-dessus et au-dessous du pylore, nous ayant fait constater l'absence d'adhérences rétro-pyloriques, nous nous décidons à faire l'ablation du néoplasme. Celle-ci, faite suivant la pratique habituelle, nous trouvons que le duodénum est coupé trop loin pour pouvoir être abouché directement à la section stomacale ou pour être implanté dans un trou fait à la face postérieure du viscère.

Dans ces conditions nous fermons par un double surjet, l'un total hémostatique et occlusif, l'autre séro-musculaire isolant, les deux sections, stomacale et duodénale, et nous terminons par une gastro-entérostomie antérieure précolique faite avec les précautions que nous avons indiquées. (Voir *Chirurgie de l'estomac*, par Terrier et Hartmann).

Guérison sans incident.

L'examen histologique, fait par le Dr Cunéo, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Poids : le	7 avril	55	kilogrammes.
—	21 —	60	—
—	2 mai	62	—
—	9 —	65	—
—	17 —	67	—

Je profite de l'occasion pour vous dire que mes deux premières gastrectomies pour épithélioma, faites l'une en août, l'autre en septembre 1897, vont toujours bien et ne présentent pas de récidive, ceci pour répondre à ceux qui disent que la récidive est rapide après ces opérations.

Plaie longitudinale de l'artère axillaire.

M. Ricard. — Je vous présente une malade qui a été opérée, il y a dix-huit mois, pour un *adéno-épithélioma du sein, récidivé*, je l'ai opérée, car elle n'avait rien dans l'aisselle. J'ai réséqué la veine axillaire, et ayant fait une incision longitudinale à l'artère, je l'ai suturée par un surjet fait par les points de catgut. L'hémorragie s'est arrêtée ; le pouls radial bat aussi bien. Voilà quatre semaines. Le pouls est revenu instantanément après la suture.

M. Tuffier. — Il est facile de faire l'hémostase, mais souvent

on trouve un caillot. Le difficile est donc de conserver la perméabilité artérielle.

M. REYNIER. — Ce que M. Tuffier a observé, je l'ai vu aussi pour les sutures veineuses. Le caillot est le gros obstacle. On arrête l'hémorragie, mais le cours du sang ne se rétablit pas.

M. DELBET. — J'ai souvent pratiqué chez le chien la suture d'une artère ouverte en long, la circulation s'est parfaitement rétablie.

La grosse affaire est de suturer bout à bout une artère coupée en deux; je n'ai jamais pu chez les animauxconserver la perméabilité.

M. BAZY. — Je medemande si cette suture est très utile.En 1889 j'ai opéré un malade de Letulle atteint d'épithélioma. J'ai reséqué 5 centimètres d'artère axillaire. Je n'ai vu aucun trouble trophique.

Présentation de pièces.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin.

M. PICQUÉ. — J'ai l'honneur de vous présenter l'utérus d'une malade à laquelle j'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. Il s'agit, comme vous le verrez sur la pièce et sur l'aquarelle ci-jointe, d'une forme de cancer du corps qui ne fut reconnue que par le toucher intra-utérin et l'examen histologique. J'ai dû pratiquer chez elle l'ablation d'un ganglion néoplasique situé à gauche au niveau de l'origine de l'artère hypogastrique.

La malade a bien guéri; c'est une observation intéressante à ajouter au dossier de l'hystérectomie abdominale pour cancer, question qui doit bientôt venir en discussion devant la Société de chirurgie.

Tumeur solide de l'ovaire.

J'ai l'honneur de vous présenter également une aquarelle représentant deux tumeurs solides de l'ovaire que j'ai enlevées chez une malade qui m'avait été confiée par mon collègue Albert Robin, et qui, il y a deux ans, avait subi une résection presque complète de l'estomac pour cancer.

Ces tumeurs sont intéressantes, assez rares et incomplètement étudiées dans les classiques. Il y a quelques années, un de mes élèves, le Dr Bourgoin, a fait, sur mes conseils, une bonne thèse

inaugurale sur cette question en s'appuyant sur un certain nombre de cas de ma pratique.

Ces tumeurs doivent être absolument mises en dehors des kystes ovariques à parties solides, tumeurs avec lesquelles on les confond souvent. Elles sont constituées ordinairement par des fibromes ou des fibro-sarcomes.

M. Pozzi. — Il y a souvent coïncidence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne, chez le même sujet. Verneuil avait insisté sur ce fait et appelait cela la *diathèse néoplasique*.

M. Ricard. — J'aurais pu apporter un utérus enlevé par la voie abdominale pour épithélioma du col de l'utérus. On avait pensé à un fibrome ou à un cancer du corps.

Je n'ai trouvé ni fibrome ni épithélioma du corps, mais un litre de pus collecté au-dessus d'un épithélioma du col. Dans le cas de M. Picqué, la collection était au-dessous de la tumeur.

Nécrologie.

M. Pozzi. — Je donne lecture à la Société de Chirurgie de la lettre que je viens de recevoir :

J'ai la douleur de vous faire part du décès de mon père, le Dr Isaac Mayor, professeur honoraire à l'université de Genève, auquel la Société de Chirurgie avait décerné, en 1856, le titre de membre correspondant; en 1894, celui d'associé étranger, distinction à laquelle il avait été tout particulièrement sensible.

Veuillez recevoir, etc.

Dr A. Mayor,
Professeur de l'Université de Genève.

Le 14 mai 1899.

La Société de chirurgie toute entière s'associe au deuil de la famille et du pays de notre regretté collègue, qui était un de nos membres les plus anciens, les plus distingués et les plus vénérés.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 31 MAI 1899

Présidence de M. Pozzi.

Rectification au procès-verbal de la dernière séance.

M. Ricard. — Il s'est glissé une erreur que je tiens à rectifier. Voici ce que je voulais dire : Je présente une malade opérée, il y a dix-huit mois, par un de mes collègues, pour un adéno-épithélioma (?) du sein, aujourd'hui récidivé dans la glande mammaire et surtout dans les ganglions de l'aisselle.

L'extirpation de ces ganglions très adhérents nécessita la résection de la veine axillaire. Au cours de cette extirpation, l'artère axillaire fut incisée longitudinalement dans une étendue de 6 à 8 millimètres. Je suturai cette plaie par quatre points de catgut en surjet. L'hémostase immédiate fut parfaite et le pouls radial ne cessa de battre largement. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, mes collègues peuvent constater que les pulsations radiales sont absolument égales des deux côtés.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de MM. Bouilly et Walther, demandant un congé d'un mois ;

3° Un travail de M. Tédenat (de Montpellier), sur *la fistule urétro-rectale*. — Renvoyé à une commission : M. Nélaton, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le Dr Albarran, chirurgien des hôpitaux, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire de la Société de Chirurgie.

A propos de la correspondance.

M. Delens dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Rolland (de Toulouse), sur la *myopie des liseurs*.

Discussion

Traitement de la tuberculose du testicule (suite).

M. Pierre Delbet. — La discussion qui se poursuit ici a montré combien sont profondes les divergences entre les membres de notre Société au sujet du traitement de la tuberculose testiculaire. On ne s'entend ni sur les indications ni sur la nature de l'intervention chirurgicale.

J'examinerai ces deux points en commençant par le second. Il peut sembler irrationnel, il est, en tout cas, contraire aux habitudes dogmatiques d'étudier le traitement lui-même avant ses indications. J'estime cependant qu'il y a avantage ici à procéder de cette façon : car pour les maladies qui ne compromettent pas immédiatement l'existence, et la tuberculose testiculaire est de ce nombre, il faut forcément établir une corrélation étroite entre l'importance de l'opération et ses indications. Si l'opération est grave, si elle est mutilante, on ne s'y décidera que sous la pression de circonstances menaçantes, tandis qu'on s'y résoudra bien plus aisément si elle est tout à fait bénigne et ne détruit aucun organe.

Cherchons donc d'abord quelle est l'opération qu'il convient d'employer contre la tuberculose testiculaire.

Deux grandes méthodes sont en présence : d'une part, la castration, de l'autre, les interventions sur l'épididyme. Je n'ignore pas qu'il y a plusieurs manières d'agir sur l'épididyme, mais je les envisage en bloc pour les opposer à la castration que le sacrifice du testicule met tout à fait à part.

La première question à trancher est celle-ci : la castration, dans les cas qui nous occupent, est-elle légitime?

Tous les ouvrages classiques insistent sur ce fait que la tuberculose frappe l'épididyme à l'exclusion du testicule, de sorte qu'on ne peut se défendre d'un certain étonnement quand on voit conseiller l'ablation de cet organe dont on proclame l'intégrité habituelle. Il faudrait donc résoudre d'abord cette question préjudicielle : oui ou non, quand l'épididyme est envahi, le testicule est-il habituellement sain? Je regrette que cette question n'ait pas été discutée ici avec plus de soin : car ceux de nos collègues qui sont partisans de la castration auraient pu nous fournir des renseignements précis qui nous font défaut.

Je laisse de côté les enfants en bas âge. Giraldès, Julien, Hutinel et Deschamps nous ont montré que, chez eux, le testicule est habituellement envahi. Je laisse également de côté les phtisiques qui

meurent cachectiques. Il est possible qu'ils présentent souvent des lésions testiculaires, mais cela est sans importance chirurgicale. Je vise seulement les adolescents et les adultes non cachectiques, les seuls pour lesquels la question d'intervention se pose.

Chez ceux-là, voici ce que j'ai observé : le corps d'Highmore est fréquemment envahi; les foyers caséeux de l'épididyme se continuent très souvent dans son épaisseur. Mais il est très facile, opératoirement, de les poursuivre jusque-là sans détruire la portion sécrétante du testicule. Cette lésion ne commande donc pas la castration.

Quant aux canaux séminifères, ils sont bien plus rarement atteints. Sur 17 cas, j'en ai vu 3 où le testicule était envahi. Je ne saurais affirmer que cette proportion de 3 sur 17 est exacte, car j'ai soigneusement noté moi-même, tous les cas où le testicule était pris et je ne saurais affirmer que toutes les observations de lésions simplement épididymaires m'aient été remises.

Faute de plus précis, admettons ces chiffres. — 3 sur 17, ce n'est certes pas assez pour qu'on puisse préconiser la castration comme méthode générale, puisque quatre fois sur cinq au moins, on enlèverait inutilement le testicule. Mais, d'autre part, c'est trop, pour qu'on se borne systématiquement à agir sur l'épididyme, puisqu'une fois sur cinq, on ferait ainsi une opération incomplète. Il serait donc très désirable d'avoir un procédé opératoire permettant de s'assurer de l'état du testicule sans obliger à l'enlever quand il est sain.

En tout cas, il est certain que les lésions ne commandent pas habituellement la castration. Pourquoi donc certains chirurgiens la pratiquent-ils?

M. Berger semble admettre que la castration a une certaine action préservatrice sur le testicule opposé. Il a insisté sur ce fait qu'il n'a jamais vu de récidive dans l'autre testicule après une castration unilatérale. Comme nos collègues Routier et Bazy, je crains que M. Berger ne soit tombé sur une série exceptionnelle, et je n'ai pas été aussi heureux que lui. Bien que je n'aie pratiqué que très peu de castrations pour tuberculose, j'ai vu justement chez un de mes castrés l'autre épididyme envahi secondairement. Aussi, je crois que ce serait un leurre, de pratiquer la castration d'un côté pour sauvegarder le testicule de l'autre côté.

M. Reynier et M. Berger ont invoqué un autre argument en faveur de la castration. Cette opération, nous disent-ils, exerce la plus heureuse influence sur la prostate et les vésicules séminales dont les lésions s'améliorent. Ces améliorations post-opératoires ont été mises en doute par quelques-uns de nos collègues. Pour ma part, je suis bien loin de les nier, mais j'affirme qu'elles ne

sont pas dues à la castration, car je les ai observées, comme notre collègue Bazy, après la simple résection de l'épididyme.

C'est là une question importante qui mérite de nous arrêter un instant. On a beaucoup discuté sur le siège primitif de la tuberculose dans les organes génito-urinaires. Je ne puis entrer dans les détails de cette discussion, qui a toujours eu, il faut bien le dire, un caractère un peu théorique. Quoi qu'il en soit, on admet en général que l'épididyme n'est pas primitivement atteint et que les premiers tubercules se déposent dans la prostate, les vésicules séminales ou la vessie. Et, de fait, chez les individus atteints d'épididymite tuberculeuse, le toucher révèle bien souvent une augmentation de volume de la prostate, un épaississement des vésicules séminales; ou bien les pressions exercées sur l'urètre ramènent au méat un liquide séreux louche, et quand les signes physiques manquent, un interrogatoire un peu pénétrant permet de constater que la miction nocturne est devenue plus fréquente et que les besoins ont pris un caractère plus impérieux.

Or, ces symptômes ou ces signes disparaissent souvent après la résection de l'épididyme, et je n'ai pas vu un seul de mes opérés revenir me trouver pour un abcès de la prostate et des vésicules séminales. Sans doute, il existe des faits, on en a cité ici même, où des tuberculoses de la prostate, de la vessie ou des vésicules séminales ont évolué après les interventions sur l'épididyme, mais ces faits sont rares. Or, ils devraient être très fréquents. Il faut donc, ou bien que ces symptômes ne soient pas dus à la présence de tubercules dans les organes pelviens, ou bien que la résection de l'épididyme ait sur ces tubercules une action curative.

La rapidité de certaines améliorations post-opératoires m'a conduit à me demander si les symptômes que nous considérons comme caractéristiques de la tuberculose prostatique ou vésiculaire n'étaient pas dus tout simplement à des phénomènes congestifs. M. Félizet est arrivé, de son côté, à la même hypothèse qu'il a exposée dans la séance du 26 avril. Ce n'est là qu'une hypothèse; il faudrait pour la confirmer des faits nombreux et précis. Et quand bien même, elle serait confirmée pour certains cas, je me garderais bien de soutenir qu'elle doive s'appliquer à tous.

Quand il existe réellement des lésions tuberculeuses de la prostate ou des vésicules, comment expliquer qu'elles guérissent après la résection de l'épididyme. Ne peut-on pas supposer que les produits virulents des tubercules de l'épididyme pénètrent dans le canal déférent, y cheminent, viennent incessamment inoculer les voies spermatiques supérieures, et que c'est la suppression de ces décharges bacillaires qui permet aux lésions vésiculaires et prostatiques de guérir?

Quoi qu'il en soit, ces améliorations se produisent alors même qu'on laisse le testicule en place, et elles ne peuvent servir à justifier la castration.

En réalité, si certains chirurgiens pratiquent la castration, c'est parce qu'ils considèrent le testicule privé de ses voies d'excrétion comme un organe complètement inutile. MM. Routier, Quénu, Championnière, Bazy, Tuffier se sont élevés contre cette manière de voir ; je m'associe à eux et je la repousse, pour ma part, avec énergie. Non, le testicule privé de son épididyme, privé de son canal déférent, mais muni de ses vaisseaux n'est pas un organe inutile, un organe moral. Certes, il est perdu pour la fécondation, mais il continue à jouer un rôle, un rôle important et on peut en donner des preuves.

Ce seul fait constaté par plusieurs de nos collègues et par moi-même qu'il ne s'atrophie pas après résection de l'épididyme, après section du canal déférent, lorsqu'on a pris soin de lui conserver ses vaisseaux, prouve qu'il fonctionne, car tout organe qui ne fonctionne pas s'atrophie. C'est une loi. Il y a longtemps qu'on l'a constatée empiriquement. Mais ce fait, cependant bien constaté, de l'atrophie des organes au repos et de l'hypertrophie des organes actifs était resté jusqu'à ces derniers temps contraire aux doctrines physiologiques, car on continuait à admettre, avec Claude Bernard, que le fonctionnement des organes entraînait une « destruction vitale ».

En réalité, les substances qui se détruisent par le fonctionnement, ce sont les réserves telles que le sucre et la graisse, mais nullement les substances plastiques. Celles-ci, au contraire, s'augmentent, car le fonctionnement c'est la vie même des éléments cellulaires, et la vie c'est l'assimilation. C'est là ce qu'a établi Félix Le Dentec dans sa belle loi de l'assimilation fonctionnelle. Je ne veux pas m'avancer davantage sur le terrain de la biologie générale, il me suffit d'avoir montré, que ce seul fait que le testicule ne s'atrophie pas lorsqu'il est privé de ses voies d'excrétion, prouve qu'il continue à fonctionner.

Cette preuve pourra paraître un peu subtile ; il en est d'autres.

Dans l'article « Mamelle » que j'ai donné au *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus, je me suis appliqué à montrer que la gynécomastie qui n'est pas très rare après l'orchite traumatique, après l'orchite ourlienne, après l'orchite syphilitique ne s'observe jamais à la suite de la tuberculose testiculaire. Or, les traumatismes, les oreillons, la syphilis frappent le testicule lui-même, tandis que la tuberculose porte sur l'épididyme. N'est-ce pas une preuve que la destruction des voies d'excrétion n'équivaut pas du tout à la suppression de la glande elle-même ?

Enfin et c'est là le point pratiquement le plus important, les individus dont les deux épididymes sont obstrués, c'est-à-dire physiologiquement supprimés restent puissants. On sait que l'épididymite blennorragique obstrue complètement au moins pour un temps l'épididyme. Or, les individus qui ont eu des épididymites doubles sont puissants, alors même que leur sperme ne contient aucun spermatozoïde. J'ai pris cet exemple de l'épididymite blennorragique, parce qu'il est plus fréquent et par suite plus frappant. Mais la tuberculose elle-même, nous en fournit du même genre. Les individus dont les deux épididymes sont supprimés ou obstrués, sont inféconds, mais puissants : et cette puissance, peut-être diminuée, mais conservée, ils la doivent à l'activité de leur testicule. Bref un homme sans épididyme n'est pas un eunuque.

Comment le testicule sans voie d'excrétion agit-il? C'est, dit-on, par sa sécrétion interne. Cette expression de sécrétion interne a été imaginée par Brown-Séquard. Elle fait image, ce qui est un avantage, mais elle a aussi l'inconvénient d'évoquer l'idée d'un produit qui se collecte et qui est versé par un canal excréteur. Or, ce n'est pas du tout ainsi que les choses se passent. En réalité, toutes nos cellules empruntent au sang, c'est-à-dire au milieu intérieur, certaines substances et lui en fournissent d'autres. Elles modifient le milieu intérieur et par son intermédiaire réagissent sur les autres cellules. C'est ainsi qu'il se produit une action et une réaction constantes des éléments cellulaires les uns sur les autres. Tous nos organes, tous nos tissus, toutes nos cellules sont donc en corrélation étroite. Cette loi de corrélation trouve une application très importante, lorsqu'il s'agit du tissu génital, puisque ce tissu par son seul développement a le pouvoir, lors de la puberté, d'amener dans la soma la formation de tous les caractères morphologiques sexuels secondaires.

On n'a donc pas le droit de supprimer le testicule, lorsqu'il n'est pas atteint pour son propre compte. Je me range à l'avis de mon maître M. Duplay qui enseignait déjà lorsque j'étais son chef de clinique, qu'il faut proscrire la castration dans la tuberculose épididymaire.

Mais comme le testicule peut être atteint lui-même, il faut, je l'ai déjà dit, employer autant que possible une technique opératoire, qui permette de vérifier son état sans obliger à le sacrifier. Il faut aussi que cette technique permette de respecter autant que possible ses vaisseaux.

Les interventions qui consistent à ouvrir les foyers ramollis, à les curetter, à les cautériser sont souvent insuffisantes. A côté des foyers nettement ramollis, il en est ordinairement d'autres à un degré d'évolution moins avancé qui échappent presque fatalement.

Aussi je préfère la résection au bistouri qui permet d'enlever tout ce qui est malade, de respecter tout ce qui est sain, c'est-à-dire de faire uue opération adéquate au mal.

J'ai pratiqué d'abord l'épididymectomie en disséquant les tissus malades de la peau vers la profondeur. Mais je n'ai pas été très satisfait de cette manière de faire. Elle ne permet pas de bien se rendre compte de l'état du testicule; elle expose à ouvrir les foyers tuberculeux dont le contenu souille le champ opératoire; elle expose à léser les vaisseaux, aussi ai-je recours depuis un certain temps à une technique différente.

Lorsqu'il n'y a pas de fistule, ni d'adhérences trop étendues de l'épididyme aux téguments, j'incise en avant, j'ouvre la vaginale et je sors le testicule. Je puis ainsi examiner l'albuginée, et constater les moindres modifications de forme ou de consistance de la glande elle-même. Si elle me paraît malade, je fais la castration. Dans le cas contraire, qui est bien plus fréquent, je pratique l'épididymectomie.

Si je concevais des doutes sur l'état du testicule, plutôt que de le sacrifier sans être certain qu'il est malade, je n'hésiterais pas à le fendre comme on fend le rein pour le suturer après avoir constaté son intégrité.

Je suppose que le testicule est sain, voici comment je procède pour libérer l'épididyme. Je commence par le côté externe, car c'est de ce côté, là où il est normalement séparé du testicule par un cul de sac de la vaginale, que ses limites conservent le plus de netteté. Je libère d'abord la tête. Souvent, comme je l'ai dit, il y a un foyer qui pénètre dans le corps d'Highmore. Je le circonscris au bistouri et je l'enlève, comme on enlève un point gâté dans un fruit, sans craindre de mettre à nu un certain nombre de tubes séminifères. La libération du corps se fait plus facilement. Mais il faut prendre garde à la face interne de léser les vaisseaux. On facilite beaucoup leur dissection en faisant tirer légèrement le testicule par un aide de manière à tendre tous les éléments du cordon. Enfin, on arrive à la queue et au canal déférent dont on peut enlever l'étendue qu'on veut. Je n'insiste pas sur ce dernier point.

Lorsqu'il existe des fistules ou de larges adhérences de l'épididyme au scrotum, au lieu d'aborder le testicule en avant, je circoncris d'abord tous les téguments malades par deux incisions curvilignes de manière à les enlever en même temps que l'épididyme. Poursuivant en profondeur l'incision externe, je passe franchement en dehors de l'épididyme et je vais encore ouvrir la vaginale. Cela fait, le reste de l'opération s'exécute comme dans le cas précédent. Lorsque l'évidement du corps d'Highmore laisse

une plaie par où les tubes testiculaires tendent à faire hernie, je mets un point de suture sur l'albuginée.

Dans tous les cas, je fais la suture totale de la plaie sans drainage. On a parlé ici des inconvénients des incisions intéressant le scrotum. A mon sens, leur seul inconvénient, c'est de nécessiter des sutures nombreuses. Mais à cette condition, elles se réunissent avec une merveilleuse facilité et j'ai été souvent frappé de la rapidité avec laquelle les cicatrices deviennent complètement invisibles.

L'opération que je viens de décrire a les plus grandes chances d'être radicale tout en n'entraînant aucun sacrifice inutile. Dans la majorité des cas on enlève l'épididyme en conservant le testicule. Or, comme il est bien certain que par le fait de la tuberculose, l'épididyme est oblitéré d'une manière irrémissible, le malade, au point de vue fonctionnel, est, après l'opération exactement dans les mêmes conditions qu'avant. Il est débarrassé de son foyer tuberculeux sans avoir couru aucun risque et sans avoir rien perdu au point de vue physiologique. Guéri par un traitement médical, il serait dans les mêmes conditions fonctionnelles, car il est bien certain que l'épididyme n'aurait pu retrouver sa perméabilité. Mais le traitement médical aurait exigé des mois, des années peut-être et avec bien des chances d'insuccès.

La proportion des guérisons médicales n'a pas été jusqu'ici très nettement spécifiée et je le regrette, car il est bien certain que les chances que nous avons de guérir les malades sans opération doivent peser sur nos déterminations opératoires. Pour ma part, je n'ai pas été satisfait du traitement médical; pas une seule guérison, quelques améliorations, en général une inefficacité complète : voilà ce que j'ai vu. Je ne puis donc le considérer comme bien précieux. Je sais que certains de mes maîtres ont une opinion tout à fait différente. M. Reclus, M. Marchant m'ont dit avoir observé des guérisons merveilleuses sous l'influence des eaux chlorurées-sodiques. Je n'ai point été aussi heureux. J'ai même observé un fait qui m'a laissé cette impression, que la tuberculose épididymaire était une des plus résistantes au traitement balnéaire. Il s'agissait d'un malade, tuberculeux pulmonaire, à qui j'avais fait la castration d'un côté, le testicule lui-même étant farci de tubercules.

Quelques mois après l'opération, le testicule du côté opposé se prit; puis survint à la partie inférieure et interne du fémur gauche un abcès froid qui s'ouvrit spontanément. Quand je revi ce malade (il avait sur ces entrefaites consulté plusieurs chirurgiens), il présentait un épididyme énorme et près du condyle interne une fistule profonde de 7 à 8 centimètres qui sécrétait

assez abondamment. Je lui conseillai d'aller à Biarritz. Quand il en revint, la fistule fémorale était complètement guérie, mais l'épididyme n'était pas modifié. Sans attacher à ce fait isolé plus d'importance qu'il ne convient, j'en ai cependant été très frappé.

En somme, quand le traitement médical réussit, la guérison qu'il donne n'est pas supérieure à celle que procure l'intervention telle que je l'ai décrite. Physiologiquement le résultat est le même. Or le traitement médical est lent, il est incertain, il laisse pendant longtemps le malade exposé à la contamination générale, tandis que l'intervention chirurgicale est sûre et rapide.

C'est pour ces raisons que j'ai largement étendu les indications de l'acte opératoire.

Je n'opère pas les noyaux tuberculeux froids et indolents. Mais dès qu'il se produit de petites poussées inflammatoires, dès que les noyaux deviennent douloureux, je conseille l'intervention sans attendre les fistules, ni même le ramollissement des foyers.

Quant aux contre-indications, j'en admets peu. L'envahissement du canal déférent ne saurait nous troubler, puisqu'il est très facile de l'enlever. Les lésions de la prostate et des vésicules séminales ne m'arrêtent pas non plus, puisque très souvent elles rétrocèdent après l'opération. Je n'admets donc que les contre-indications qui sont tirées de l'état général. Il faut mettre en parallèle les lésions locales et l'état général. Le nombre des hypothèses possibles devient alors illimité : je ne veux même pas chercher à les envisager théoriquement, et je me borne à dire que lorsqu'il existe des fistules épididymaires qui suppurent abondamment, on peut par l'épididymectomie rendre service à des phtisiques même avancés. Mais ce ne sont là que des pis-aller. L'opération vraiment satisfaisante, c'est la résection précoce de l'épididyme.

M. Poirier. — J'ai revu ces jours derniers le malade dont je vous ai parlé, sur lequel j'avais noté une diminution réelle de lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales après la destruction au thermo-cautère de foyers tuberculeux épididymo-testiculaires ; actuellement, la prostate, les deux vésicules séminales et les canaux déférents sont le siège de lésions tuberculeuses avancées : l'amélioration qui avait suivi mon intervention ne s'est point maintenue.

Après avoir, au début de ma pratique, fait des opérations partielles sur l'épididyme, j'en suis arrivé à enlever l'épididyme en entier, lorsque je constate un foyer tuberculeux à la tête ou à la queue de l'organe ; cela, parce que deux fois il m'est arrivé d'assister à des récidives rapides, après l'ablation de foyers qui paraissaient limités ; dans trois cas récents, j'ai pu constater le long de

l'épididyme, à côté d'un noyau tuberculeux bien développé, de petits foyers dont la palpation la plus attentive n'avait pu révéler la présence. C'est pourquoi, dans mes interventions, j'ouvre largement la séreuse vaginale, afin d'enlever la totalité de l'épididyme.

Pour cela, j'ai recours, à une incision haute, vers la racine des bourses; je fais sortir le testicule et j'ouvre la vaginale; si le canal déférent présente quelque lésion, je prolonge l'incision sur le trajet inguinal, et il me devient très facile d'enlever le conduit dans toute sa longueur.

Dans un cas récent, j'ai pu enlever par cette voie le canal déférent dans sa totalité, et voir la vésicule séminale correspondante. Au cours de cette opération, il m'a paru que l'ablation de la vésicule séminale par cette voie inguinale inaugurée, je crois, par Villeneuve (de Marseille), présentait moins de difficultés que par la voie périnéale, communément suivie. J'ai répété l'opération sur le cadavre, et suis arrivé à la régler.

L'incision est celle que nous faisons pour la cure radicale de la hernie inguinale, un peu plus longue cependant; on lie les vaisseaux épigastriques dans l'angle pubien de la plaie.

Après que la paroi abdominale a été incisée dans toute son épaisseur, on suit le canal déférent dans son trajet pelvien, sur les côtés de la vessie, en décollant les lèvres avec la plus grande facilité. Parfois, il faut lier et couper le cordon de l'artère ombilicale. Pendant qu'un aide accroche et relève le canal déférent, on continue de décoller avec l'index et l'on arrive ainsi jusqu'à la base de la prostate un peu relevée par la traction sur le canal déférent. La plaie est profonde; cependant on peut l'éclairer avec deux longs écarteurs vaginaux bien nickelés et faisant ainsi l'office de réflecteurs. L'un des écarteurs maintient et écarte la vessie; l'autre, moins enfoncé, écarte la lèvre inférieure de la plaie et les vaisseaux iliaques. On voit alors très nettement l'uretère, facile à éviter, et la vésicule séminale couchée au-dessous et en dehors du canal déférent; on l'isole avec une sonde cannelée après l'avoir saisie avec une pince de Kocher. Je répète que l'on voit bien ce que l'on fait, car le fond de la plaie est exsangue, le bistouri ayant été abandonné dès que la paroi abdominale a été incisée. La seule difficulté est de porter une ligature serrée sur le col de la vésicule. Je crois que cette ligature est inutile et que l'on peut terminer l'ablation de la vésicule et du canal par torsion et arrachement, en ayant soin de thermo-cautériser la solution de continuité.

M. Quénu. — J'ai reçu hier à l'hôpital Cochin, un malade opéré par moi par épididymectomie, de tuberculose double de l'appareil

testiculaire, il y a six ans. Les deux testicules ont leur volume normal, la sensibilité à la pression a gardé ses caractères ordinaires et spéciaux. La virilité est conservée, la santé est parfaite.

M. Sieur. — Je vous demande la permission de résumer brièvement devant vous les observations de deux malades auxquels j'ai enlevé un testicule tuberculeux il y a quatre et cinq ans et que j'ai pu examiner à nouveau ces jours-ci.

Mais auparavant, je crois devoir vous faire une remarque, au sujet de l'évolution de la tuberculose testiculaire, telle que je l'ai observée chez nos jeunes soldats.

Si rapides que soient les séances du conseil de Revision, elles n'en permettent pas moins d'éliminer de l'armée la majeure partie des conscrits atteints de tuberculose générale ou locale. Aussi, la tuberculose épididymaire, qui est l'une des tuberculoses locales les plus apparentes et qui attire le plus l'attention des jeunes gens qui en sont porteurs, entraîne-t-elle presque toujours l'exemption. Il en résulte que les malades qui, au cours de leurs trois années de service se présentent à la visite atteints d'une orchite tuberculeuse, ont, la plupart du temps, une affection à *marche aiguë* et très rarement *isolée*, ainsi que l'a déjà fait remarquer M. le médecin principal Nimier. Du reste, il suffit, pour s'en convaincre, d'observer attentivement les phénomènes qui se passent dès le début de l'affection. Nous ne saurions mieux les comparer qu'à ceux qui ont été signalés jadis à la suite des injections de tuberculine. Faites chez des malades qui paraissaient n'avoir qu'une tuberculose localisée soit à la face soit dans tout autre point de l'organisme, ces injections déterminaient du côté de certains organes, particulièrement du côté du poumon ou des méninges, des phénomènes graves indiquant l'existence de lésions anciennes alors qu'un examen antérieur de ces mêmes organes était resté absolument négatif. Ainsi, l'un des malades, dont nous rapportons plus loin l'observation, s'aperçoit un jour que son testicule gauche augmente de volume sans qu'il puisse trouver une cause à cette tuméfaction. En même temps, il est pris de fièvre, de courbature généralisée; éprouve des douleurs articulaires un peu vagues et, alors qu'il n'avait jamais eu de bronchite, il se met à tousser et à présenter tous les signes d'une congestion pulmonaire. Au bout de quelques jours, tout rentrait dans l'ordre et il ne restait de ce début à grand fracas, que l'affection épididymaire.

A la même époque entrait dans notre service un jeune soldat qui, quelques jours auparavant, avait éprouvé, sans cause connue, en s'équipant, une sensation de pesanteur dans le scrotum et constaté une tuméfaction du testicule gauche. Le soir, il a de la

fièvre, des vomissements, se met à tousser et le lendemain on constate tous les signes d'une congestion pulmonaire localisée aux deux sommets. De son côté, l'affection épididymaire bien qu'à peine douloureuse, envahissait rapidement tout l'épididyme, provoquait un épanchement dans la vaginale et œdématiait le scrotum correspondant. Au bout de quelques jours, les symptômes fébriles et pulmonaires s'amendaient puis disparaissaient entièrement. De même, sous l'influence du repos, de l'immobilisation et de la compression ouatée, l'orchite perdait ses caractères d'acuité, mais la tuméfaction épididymaire, loin de s'atténuer, continuait sa marche progressive et au bout de deux mois, il fallait ouvrir deux foyers ramollis, l'un à la tête, l'autre à la queue de l'épididyme.

A ce moment, rien dans l'état de notre malade ne permettait de supposer que sa tuberculose ne fût pas complètement localisée à l'épididyme, et de la poussée pulmonaire à laquelle nous avions assisté deux mois plus tôt, il ne restait aucun signe stéthoscopique suffisamment net et précis, pour affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire.

Nous pourrions multiplier ces exemples, mais ils nous paraissent suffisants pour nous permettre de dire que, dans l'armée, nous nous trouvons rarement en présence de tuberculoses *simples*, *locales*, si limitées que paraissent être les lésions et qu'il faut toujours craindre l'existence de lésions latentes, pulmonaires et autres, et se montrer, par conséquent, très réservé dans l'intervention chirurgicale.

Voici maintenant les observations résumées de deux malades auxquels nous avons pratiqué la castration il y a quatre et cinq ans et que nous avons eu l'occasion de revoir ces jours-ci.

Obs. I. — Le nommé G..., soldat au 14e escadron du train, entre dans notre service à l'hôpital Desgenettes, pour une épididymite tuberculeuse gauche remontant à deux mois.

Habitant la campagne avec sa famille, il ne présente rien à signaler au point de vue de ses antécédents personnels et héréditaires.

Soldat depuis neuf mois, il n'a jamais eu d'affection vénérienne et son canal de l'urètre est absolument indemne de tout écoulement.

Il y a deux mois, sans cause appréciable, le malade a vu son testicule gauche devenir plus volumineux et légèrement douloureux. La peau du scrotum était rouge et tendue; en même temps, il est pris de fièvre, de courbature, de douleurs articulaires surtout marquées aux pieds mais sans rougeur ni gonflement des articulations et d'une bronchite localisée aux deux sommets.

Au bout de quinze jours, tous ces phénomènes aigus avaient disparu et il ne restait que la lésion testiculaire gauche quand, deux mois plus tard, le malade entrait dans notre service.

G..., est assez robuste et paraît avoir un état général excellent. Il n'a pas de température; l'appétit est bon; le système musculaire n'est pas

amaigri ; pas de toux, pas d'expectoration et à l'auscultation du poumon, on ne trouve rien de net, sauf peut-être une légère submatité avec diminution de la respiration au sommet droit. Quelques ganglions inguinaux sont un peu indurés, ce qui n'a rien d'étonnant chez un cavalier.

Quand on examine le scrotum, on s'aperçoit immédiatement que la partie gauche a le volume d'un gros œuf d'autruche, les téguments ne paraissent ni enflammés ni infiltrés et glissent assez facilement sur les parties profondes. A la palpation, on constate la présence dans la vaginale d'une faible quantité de liquide transparent. Le testicule, noyé dans la masse épididymaire, est assez difficile à explorer et semble, cependant, avoir conservé son volume normal et sa sensibilité spéciale. La majeure partie de la tuméfaction est donc due à l'épididyme qui est pris en masse, bosselé et induré avec quelques points rénitents du côté de la tête. Le cordon est tuméfié au voisinage immédiat de l'épididyme, mais il paraît sain au moment de la pénétration dans le canal inguinal. Par le toucher rectal, il semble que la vésicule séminale gauche soit plus volumineuse et plus résistante que la droite ; quant à la prostate, elle n'est ni tuméfiée ni douloureuse.

Du côté *droit, testicule, épididyme et vaginale sont absolument sains.* Il en est de même de la vessie et des reins.

Dans ces conditions, nous étions donc en droit de supposer que nous avions affaire à une tuberculose génitale parfaitement localisée aux organes du côté gauche et, par suite, il nous était permis d'espérer que l'ablation immédiate de ces organes serait, suivant l'expression même de M. le professeur Berger, *une intervention véritablement radicale et curative.*

Le 16 juillet 1894, testicule, épididyme et vaginale sont isolés en masse des enveloppes du scrotum et réséqués ; le canal déférent est lié immédiatement au-dessous de l'orifice inférieur du canal inguinal et sectionné dans une partie qui paraît absolument saine et la plaie scrotale est réunie, sauf au niveau de son point le plus déclive où l'on met pendant quarante-huit heures une mèche de gaze iodoformée. Quinze jours plus tard, la guérison était complète et le malade proposé pour la réforme quittait l'hôpital au bout d'un mois.

En examinant les pièces enlevées, nous constatons au niveau de l'épididyme un foyer purulent renfermant une cuillerée à café de pus ; d'autres foyers ramollis sont disséminés dans sa masse.

Le testicule n'est pas augmenté de volume et paraît sain à la coupe ; par contre, la vaginale présente quelques granulations tuberculeuses qui ont été le point de départ de l'épanchement liquide qui s'est fait dans son intérieur. Enfin le canal déférent est absolument sain sur une longueur de plusieurs centimètres au-dessous du point où a porté la section.

Malgré les conditions particulièrement favorables dans lesquelles avait été pratiquée cette intervention, une récidive se produisait six mois plus tard du côté de l'épididyme droit. Cette récidive, il est vrai, est loin d'avoir présenté le caractère de gravité de l'affection qui avait atteint l'épididyme gauche. Survenue sans phénomènes réactionnels bien intenses, elle n'est représentée à l'heure actuelle que par un nodule enkysté dans la tête de l'épididyme et dont le volume ne dépasse pas celui d'une grosse noisette. La prostate et les vésicules séminales sont restées saines ainsi que la vessie et les reins. Quant à l'état gé-

néral, il est excellent, et G... nous disait qu'il ne s'était jamais aussi bien porté.

Obs. II. — Le 6 juillet 1895, entrait dans notre service le nommé S..., atteint d'une orchite tuberculeuse remontant à cinq mois. Ses antécédents héréditaires sont nuls et lui-même, à part une balanite contractée au mois de juin 1894, a un passé pathologique absolument insignifiant.

Soldat depuis le mois de novembre 1894 au 8e régiment de chasseurs, il remarque, en mars 1895, que son testicule gauche était beaucoup plus gros que le droit; mais comme il n'en souffre pas, il ne s'en inquiète pas outre mesure et se contente de porter un suspensoir pour éviter les tiraillements pénibles dus à l'action de la pesanteur. Il continue ainsi son service jusqu'en juillet, époque à laquelle son testicule ayant atteint un volume considérable, il se décide à se faire porter malade et est envoyé à l'hôpital.

S... n'a pas de fièvre; son état général est satisfaisant; il n'accuse pas d'amaigrissement et ne présente aucune affection autre que celle qui a motivé son entrée. En effet, il ne tousse pas et l'examen le plus attentif de la poitrine ne révèle rien de particulier.

Du côté des organes génitaux, on constate au niveau de la bourse gauche une tuméfaction qui a presque le volume du poing. La peau du scrotum est lisse, fortement épaissie et adhérente au niveau de sa portion postéro-inférieure.

Par la palpation, on sent l'épididyme bosselé, énormément augmenté de volume et disposé en cupule pour recevoir le testicule. Certains nodules sont très indurés; mais il en est d'autres, particulièrement du côté de la queue, qui sont en voie de ramollissement et c'est à leur niveau que la peau est adhérente. Le testicule englobé dans la tumeur épididymaire est difficilement perçu; d'autant que la vaginale, épaissie et peu mobile dans ses deux tiers inférieurs, est au contraire distendue par du liquide au niveau de sa partie supérieure. Le canal déférent, épaissi dans sa partie inférieure, paraît sain au niveau du canal inguinal. Les vésicules séminales et la prostate ne sont ni tuméfiées ni douloureuses et *l'épididyme, le testicule et la vaginale du côté droit sont absolument sains.*

Inutile d'ajouter que le canal de l'urètre n'est le siège d'aucun écoulement et qu'il n'existe aucun trouble de la miction.

Là encore, les conditions semblaient donc absolument favorables pour pratiquer une castration. C'est ce qui fut fait le 27 juillet. Afin d'éviter une récidive dans la peau, on circonscrit par deux incisions en arc de cercle, la partie qui adhère à la masse épididymaire. Le testicule, la vaginale et l'épididyme sont ensuite isolés avec soin et enlevés après section du canal déférent et ligature isolée des vaisseaux immédiatement au-dessous du canal inguinal. Réunion immédiate de la plaie, sauf à la partie la plus déclive, par laquelle passe une petite mèche de gaze iodoformée. Un mois plus tard, S..., complètement guéri de son opération, quittait l'hôpital avec un congé de réforme.

Quatre mois plus tard, survient du côté de l'épididyme droit une poussée inflammatoire qui oblige le malade à garder le lit pendant trois semaines. Au bout de ce temps, tout se calme peu à peu et il n'existe plus à l'heure actuelle, comme vestiges de cette inflammation, que deux petits noyaux indurés l'un au niveau de la tête, l'autre au niveau de la queue de l'épididyme.

La prostate et les vésicules sont restées indemnes et, à part une cer-

taine prédisposition à s'enrhumer chaque hiver, le malade jouit d'une excellente santé.

Si nous rapprochons de nos deux malades le cas, rapporté par M. Potherat, de ce jeune soldat castré au régiment, six semaines après l'apparition nette d'un noyau épididymaire et chez lequel l'épididyme du côté opposé se prend moins d'un an après l'opération, nous sommes obligés de convenir que la castration précoce est loin d'offrir les avantages que semblent lui attribuer MM. Reynier et Berger. Avec des opérations partielles analogues à celle que nous signalions au début de cette communication, nous avons obtenu des guérisons aussi rapides, qui exposent peut-être davantage à des récidives locales, bien que ces récidives puissent également se produire dans le moignon d'amputation, ainsi que l'a observé M. Berger. Mais du moins a-t-on conservé au malade le bénéfice moral de son testicule, ce qui n'est pas à dédaigner chez un sujet jeune. Nos deux opérés, en effet, bien qu'ils n'aient rien perdu de leur puissance génésique, nous ont tous les deux avoué qu'ils redoutaient de se marier, ayant un peu honte de leur état. On nous répondra peut-être qu'il n'y a pas grand mal à éloigner du mariage des tuberculeux avérés, afin qu'ils ne puissent communiquer à d'autres leur affection ; mais c'est là un côté prophylactique de la tuberculose qu'il n'y a pas lieu d'envisager ici.

En résumé, des faits de tuberculose testiculaire qu'il nous a été donné d'observer ou de soigner dans l'armée, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la plupart des cas, les malades atteints d'orchite tuberculeuse ont des lésions de même nature dans d'autres organes, ce qui enlève à la castration toute valeur curative et prophylactique.

2° Des opérations partielles portant sur les seuls organes atteints et conservant le testicule, permettent d'obtenir une guérison locale et une amélioration de l'état général aussi rapide et aussi prolongée que l'opération radicale.

3° Quant à cette dernière, nous la réserverons plus volontiers pour ces cas si bien spécifiés par M. Berger lui-même, dans lesquels le testicule atteint par la tuberculose est une des causes principales de l'altération de la santé générale, de la déperdition des forces et des souffrances, et menace ainsi directement la vie du malade.

Rapport.

Anurie post-opératoire. Néphrotomie. Guérison, par M. LEGUEU.

M. NÉLATON, rapporteur.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter l'observation d'une malade de mon service. Il s'agit d'un cas d'anurie post-opératoire dans lequel M. Legueu a bien voulu faire, sur ma demande, une néphrotomie palliative qui a été suivie du plus heureux résultat.

Voici cette observation, telle que M. Legueu me l'a remise :

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie une observation intéressante, concernant la chirurgie rénale : il s'agit d'une anurie complète survenue le huitième jour après une néphrectomie pour hydronéphrose. La néphrotomie d'urgence permit de sauver la malade, et aujourd'hui, six semaines après l'opération, elle est complètement guérie.

La première partie de cette observation appartient à M. Nélaton, qui a pratiqué la néphrectomie : je dois à la bienveillance de mon maître d'avoir été appelé à donner mon avis sur ce cas curieux, et je remercie M. Nélaton d'avoir bien voulu me permettre de pratiquer la néphrotomie et de publier cette observation.

Il s'agit d'une malade de trente-neuf ans qui entra, vers le milieu de mars 1899, dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tumeur abdominale.

Mariée à vingt-deux ans, elle devint enceinte dix-huit mois après son mariage. *Pendant cette grossesse, elle dit avoir été opérée pour un kyste de l'ovaire.* L'accouchement, malgré cela, s'effectua à terme. Depuis lors, elle a fait, il y a deux ans, une fausse couche de sept mois.

Depuis l'âge de vingt-quatre ans, elle souffre du ventre, surtout du côté gauche; depuis deux ans, ces douleurs sont plus vives, et en même temps son ventre a augmenté de volume.

On trouve, en effet, une grosse tumeur occupant tout le côté gauche de l'abdomen, tumeur appréciable à la seule inspection, tumeur nettement différenciée et paraissant constituée par deux grosses poches.

Elle est fluctuante; son extrémité inférieure descend jusqu'à la région hypogastrique. Son extrémité supérieure remonte jusque dans le flanc gauche, et se perd sous les fausses côtes. En dedans, elle atteint la ligne médiane sans la dépasser; en arrière, elle confine à la région lombaire.

Ce contact lombaire avait un moment fait penser à une hydronéphrose : mais l'absence d'un passé rénal, l'absence de troubles urinaires éloignèrent cette hypothèse, et on s'arrêta enfin au diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 15 mars, laparotomie médiane sous-ombilicale, par M. Nélaton. La tumeur apparaît formée de deux gros lobes, recouverte d'un feuillet celluleux mince et très vasculaire qu'il faut inciser. Au cours de ces

manœuvres, *M. Nélaton reconnaît que les deux ovaires sont sains* et qu'il s'agit d'une volumineuse hydronéphrose.

La décortication s'effectue aisément : le hile vasculaire est isolé et lié, sans qu'on y reconnaisse rien qui ressemble à l'uretère. Drainage de la cavité rétro-péritonéale.

Pour dégager le kyste, il est nécessaire de sectionner et de lier 3 gros pédicules épiploïques adhérant à la surface séreuse par la tumeur. Ces 3 pédicules sont liés avec de la grosse soie plate.

Les suites furent d'abord très simples : la malade urinait normalement et abondamment, lorsque, dans la nuit du mardi au mercredi 23 mars commença la deuxième phase de cette histoire.

Brusquement elle fut prise à ce moment, pendant la nuit, de douleurs vives dans le côté droit, douleurs qui nécessitèrent une piqûre de morphine. Mais cette nuit-là, la malade urina normalement, comme d'habitude.

Il en fut de même dans la journée suivante : la douleur disparut, ou s'atténua au point d'être presque insignifiante; vers 5 heures du soir eut lieu une mixtion normale, mais ce fut la dernière. A partir de ce moment, les urines se suppriment complètement.

A plusieurs reprises, la vessie fut cathétérisée : on n'en retira que quelques gouttes de sang. Malgré cette suppression d'urine, l'état général restait bon : la malade se trouvait bien, elle ne souffrait pas, elle n'avait pas mal à la tête, il n'y avait pas de dyspnée; à la palpation du côté droit, on constatait que le rein droit était gros et douloureux.

Cet état persista toute la journée du jeudi 23 mars, et le lendemain matin M. Nélaton, supposant une obstruction uretérale me pria d'examiner la malade et de tenter le cathétérisme de l'uretère droit.

A ce moment, l'état général était sensiblement identique à ce qu'il était la veille : il n'y avait aucun signe d'intoxication urémique. Le rein droit était manifestement gros et distendu : son extrémité inférieure affleurait à peu près la ligne horizontale passant par l'ombilic. Mais il était à peine douloureux : la paroi musculaire ne se défendait nullement, et il était très facile de la déprimer et d'explorer nettement le rein.

En l'absence de tout passé lithiasique, il était difficile d'affirmer l'existence d'un engagement calculeux dans l'uretère : mais du moins le gros volume du rein permettait de supposer qu'il s'agissait bien d'une anurie par obstruction, quelle que fût d'ailleurs la cause de cette obstruction.

Dans ces conditions, il était tout indiqué de pratiquer le cathétérisme de l'uretère pour vérifier l'existence d'un obstacle, préciser son siège, le franchir au besoin et se comporter ensuite selon les circonstances. Malheureusement, le cathétérisme de l'uretère fut rendu impossible par une défectuosité accidentelle de l'instrument; et comme la malade était dans de très bonnes conditions, nous fûmes d'accord, M. Nélaton et moi, pour ne pas perdre de temps dans des manœuvres d'exploration, et nous prîmes rendez-vous pour le jour-même à 4 heures, afin de pratiquer la néphrotomie lombaire. M. Nélaton voulut bien me charger d'opérer.

Le rein fut mis à nu par une longue incision lombaire oblique, à travers laquelle le rein fut amené à l'extérieur. Il était gros, congestionné et tendu.

Pendant que de la main gauche introduite dans la plaie, je compri-

mais le pédicule, le rein fut fendu largement sur son bord convexe ; et un flot d'urine s'écoula, environ 150 à 200 centimètres cubes, dès que le bassinet fut ouvert. L'exploration digitale ne révéla rien d'anormal, que la dilatation du bassinet : ni en dedans, ni en dehors, au niveau du rein ou sur le trajet de l'uretère, je ne trouvai rien qui ressemblât à un obstacle calculeux ou autre.

J'essayai alors de pratiquer le cathétérisme rétrograde de l'uretère : mais, comme il arrive presque toujours sur ces reins dilatés, je ne pus trouver l'orifice supérieur de l'uretère : quel que soit l'instrument employé, sonde cannelée, bougie olivaire ou explorateur à boule, l'instrument se heurtait à la paroi du bassinet et s'arrêtait dans une dépression ou une irrégularité de la surface uretérine.

Pendant toutes ces manœuvres, le rein saignait avec abondance. Nous avions fait le nécessaire, en ouvrant le rein : nous décidâmes d'un commun accord de terminer là l'acte opératoire, plutôt que d'aller chercher sur le trajet de l'uretère un obstacle dont nous ne connaissions ni le siège ni la nature.

Le drainage du rein fut assuré par un gros tube qui plongeait en plein bassinet : deux mèches de gaze aseptique furent placées de chaque côté, destinées à réaliser partiellement l'hémostase et à compléter le drainage. Et le reste de la plaie rénale fut fermé par trois ou quatre points de catgut, passés en plein parenchyme. L'opération fut terminée par la suture partielle de la plaie lombaire.

Immédiatement après l'opération, injection sous-cutanée d'un litre de sérum.

Vers 10 heures, le pansement était déjà trempé par l'urine, et à partir ce ce moment la sécrétion urinaire se rétablit régulièrement par la fistule lombaire.

Pendant huit jours, les urines s'écoulèrent dans le pansement qui fut changé trois ou quatre fois par jour, et aussi par le drain qui fut mis en communication avec un bocal.

Ce n'est que le 31 mars, c'est-à-dire huit jours après l'opération, que pour la première fois la perméabilité de l'uretère se manifesta par une miction vésicale spontanée. A partir de ce moment, la malade continua à uriner irrégulièrement par la vessie des quantités d'urine variant de 300 à 400 grammes : le reste passait par la fistule, et se perdait dans le pansement.

Le mèches de gaze ne furent retirées que le 1er avril.

Du 1er au 12 avril, la quantité des urines émises par la vessie fut assez minime : mais à partir du 13 avril, le taux des mictions normales s'éleva sensiblement, quoique très irrégulièrement.

Le 8 mai, les urines s'élevaient à 1.200 grammes; le 7, à 800; le 8, à 1.500; le 9, à 1.600; le 10, à 1.900 et le 11, à 2 litres.

La fistule lombaire se rétrécissait proportionnellement, et le 12 mai, soit quarante-six jours après l'opération, le drain était supprimé, et la fistule était définitivement fermée.

Pendant trois jours, la température s'éleva au-dessus de la normale, à 38°5 et même 39 degrés. Puis spontanément la fièvre tomba, et la malade put quitter l'hôpital guérie.

Je vous présente, messieurs, cette observation comme une contribution à l'étude de la néphrotomie dans les anuries dont l'origine n'est pas diagnostiquée.

Dans le cas que je viens de vous rapporter, j'ignorais la véritable cause de l'anurie; je pensais qu'elle était due à une coudure de l'uretère produite par une adhérence de l'uretère droit a un des fils que j'avais placés sur l'épiploon; mais c'était là une impression, et l'absence de température, la marche régulière des suites de l'opération ne semblaient pas en faveur de cette opinion.

D'autre part, les douleurs qui avaient précédé l'anurie, la transformation kystique du rein gauche que j'avais enlevé plaidaient en faveur d'une anurie calculeuse. Aujourd'hui même où la miction normale s'est rétablie sans expulsion de graviers, aujourd'hui même où je suis convaincu que l'hypothèse de coudure par adhérence est la vraie, je ne puis en donner la preuve — par conséquent le diagnostic de la cause était hésitant — fallait il rouvrir le ventre et chercher l'obstacle par la voie transpéritonéale? — ou fallait-il, de propos délibéré, ne pas chercher l'obstacle et faire la néphrotomie palliative?

C'est à ce dernier parti que nous nous arrêtâmes, M. Legueu et moi. D'autant mieux que nous comptions bien explorer le tiers supérieur de l'uretère par notre incision lombaire.

Je crois que nous avons suivi la meilleure conduite, et c'est encore à elle que j'aurais recours en pareille circonstance.

Cette néphrostomie me paraît, en effet, tout à fait comparable à l'opération de l'anus contre nature, et pour l'un et l'autre cas, j'estime qu'à part les cas où le diagnostic de la cause peut être porté (ce que je considère à tort ou à raison comme exceptionnel), il faut, sans autre idée préconçue, rétablir la fonction. Sauver la vie du malade, quitte à chercher ultérieurement à faire plus lorsque le malade n'est plus en danger et que des éléments nouveaux de diagnostic sont fournis, soit par le cathétérisme urétéral direct ou rétrograde, soit par toute autre circonstance.

M. Routier. — Le rapport de M. Nélaton est la confirmation absolue d'une pratique qui est, je crois, très usuelle, qui est, en tous cas, la mienne. Dans les cas analogues, il est expressément indiqué d'agir ainsi : il faut d'abord aller au plus pressé, ouvrir le rein, et voir ensuite; le diagnostic de la cause est exceptionnellement fait.

M. Nélaton. — J'ai publié cette observation en opposition à la pratique différente qui consiste à aller rechercher l'obstacle.

Dans la thèse de Glantenay, il y a des observations où on a mis à découvert l'uretère pour rechercher l'obstacle, comme l'ont fait, il y a déjà longtemps, Demons et Pousson. Cette pratique, déjà ancienne, est encore, je crois, la meilleure. Ici nous avons

fait la néphrotomie lombaire donnant issue au cours de l'urine, sans nous occuper de rechercher quelle était la cause de son arrêt.

M. Bazy. — *A priori*, il ne pouvait s'agir ici que d'un calcul ou d'une coudure de l'uretère ; du moment qu'on ne pouvait faire le diagnostic, le traitement tel que l'a compris M. Nélaton s'imposait.

M. Nélaton. — Je suis heureux de voir que vous approuvez ma conduite. Je ferai remarquer que j'ai beaucoup insisté sur ce fait que j'avais été chercher M. Legueu, et que son instrument n'avait pas fonctionné, car M. Albarran a montré qu'avec le cathétérisme on pourrait éviter la néphrotomie, ce qui n'a pas une médiocre importance. Je crois que nous avons bien fait d'agir ; mais au début j'ai hésité, je pensais que l'intervention était discutable.

Communication.

Tumeur d'origine indéterminée du pylore, probablement de cause inflammatoire ; gastro-entérostomie postérieure par le procédé de von Hacker, par M. Demoulin.

Remis à l'examen d'une commission : M. Tuffier, rapporteur.

Présentations de malades.

Pneumotomie pour gangrène pulmonaire.

M. Tuffier. Le malade que je vous présente a subi, il y a dix mois, une pneumotomie pour gangrène pulmonaire gauche. C'est un homme de soixante-quatre ans que j'ai opéré dans un état de cachexie telle, que j'hésitai à le faire transporter d'Issy dans mon service. Je fis chez lui une résection de trois côtes, j'ouvris à deux travers de doigt de profondeur un abcès du volume du poing contenant des lambeaux de poumons sphacélés. L'incision et le drainage l'ont guéri en trois mois. A l'heure actuelle, dix mois après son opération, il ne lui reste que sa cicatrice, sans scoliose et tout accident pulmonaire, toux, dyspnée, n'ont jamais reparu. Si j'insiste sur ce point, c'est que, après les opérations de vieux foyers suppurés du poumon, vous verrez les pneumotomies guéries, laisser à leur suite un peu de toux et d'expectoration. Ces légers incidents correspondent, je crois, à une transformation du tissu pulmonaire autour de la cavité. Il se fait là une substitution du tissu fibreux au tissu normal élastique et une ectasie bronchique s'ensuit. Quincke a constaté le fait chez

quelques malades, mon collègue Faisans a pu suivre cette lésion sur une femme qui est encore dans mon service. Une seconde complication de ces gangrènes, qu'il faut bien connaître, c'est l'infection bacillaire qui pourrait faire errer le diagnostic. Il s'agit là d'infection secondaire combinée, que nous avons également pu suivre chez une malade de mon service.

Présentation de pièces.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Présentation du couteau.

M. E. Potherat. — Le 14 mai dernier, entre 5 et 6 heures du soir, on apportait dans mon service un jeune homme de dix-sept ans, blessé d'un coup de couteau dans le flanc droit. Ce coup, le jeune homme se l'était porté volontairement pour remédier à de violents chagrins d'ordre intime.

L'accident s'était produit une heure auparavant, c'est-à-dire vers 4 heures, près de cinq heures après le dernier repas, d'ailleurs très frugal, pris par le blessé.

Le coup avait porté à droite, au niveau du bord externe du grand droit, un peu au-dessous de l'horizontale passant par l'ombilic; il avait déterminé une plaie verticale, très nette, linéaire, de deux centimètres environ de long, plaie ayant très certainement intéressé la paroi abdominale dans toute son épaisseur et ayant pénétré dans le ventre; car une portion d'épiploon faisait hernie entre les lèvres de la plaie, portion assez importante pour qu'aucun doute ne pût subsister à cet égard. D'ailleurs le couteau, par le sang qui le maculait sur ses deux faces, nous montrait que la pénétration n'était pas douteuse et qu'elle avait eu lieu même à une grande profondeur. Voici cet instrument : c'est une sorte de couteau de cuisine à lame continue avec le manche. Cette lame, longue de neuf centimètres, de forme nettement triangulaire, mesure deux centimètres à la base; la pointe en est très aiguë, le tranchant récemment affilé est très coupant; enfin le malade nous a dit avoir porté le coup très violemment; au reste, on voit nettement sur les deux faces de la lame que celle-ci a pénétré jusqu'à une profondeur de sept centimètres, à travers la paroi abdominale de ce jeune homme de dix-sept ans, dont le tissu cellulo-adipeux sous cutané est très modérément développé.

En conséquence, la pénétration était certaine, elle était profonde. Cependant les accidents, ainsi que vous allez le voir, furent des plus minimes. Le malade n'avait pas perdu connaissance; il

était pâle, le pouls était agité, mais il ne paraissait pas souffrir beaucoup. L'issue de l'épiploon s'accompagnait d'une hémorragie légère; le ventre n'était pas douloureux à la palpation, il n'y avait ni ballonnement ni rétraction; la paroi se défendait seulement au voisinage immédiat de la blessure.

La plaie ayant été soigneusement lavée et recouverte d'un pansement aseptique, le chirurgien de garde fut prévenu; mais comme il tardait un peu à venir, mon interne crut devoir faire un pansement plus complet et provoquer l'occlusion; pour cela, il attira un peu l'épiploon au dehors, mit une ligature dessus, et réséqua la portion périphérique, puis laissa rentrer le moignon et sutura la plaie abdominale; pansement collodionné. Glace sur le ventre et diète absolue.

Le lendemain matin, tout allait bien; la glace et la diète furent maintenues.

Le surlendemain, rien de nouveau; le pouls n'a pas de fréquence anormale, la température est aux environs de 37 degrés; il n'y a pas eu de nausées ni de vomissements, le ventre n'est pas sensible ni spontanément, ni à la palpation. Au bout de quarante-huit heures, la diète totale fait place à une alimentation prudente avec le lait, et bientôt à une alimentation plus abondante. Bref, le malade guérit rapidement, sans aucun incident et il y a trois jours, il quittait mon service.

Ce fait m'en rappelle un autre absolument semblable que j'ai observé il y a près de dix-huit ans. J'étais au début de mes études et j'étais chargé de la garde à l'hôpital Necker. A 3 heures du matin, on apporta un homme qui, dans une rixe, avait reçu un coup de couteau très violent dans l'abdomen, à droite, au voisinage de l'ombilic; une masse importante d'épiploon faisait issue. Avec la grande confiance que nous avions alors dans l'antisepsie, et aussi l'assurance de la jeunesse je fis de cet épiploon un abondant lavage à l'eau phéniquée forte (5 p. 100), je le refoulai dans le ventre, et je suturai la paroi abdominale par trois points au fil d'argent. Le malade fut ensuite placé dans le service de M. Guyon, salle Saint-André, n° 3. M. Guyon le vit le lendemain à sa visite, trouva que l'intervention que j'avais faite n'était pas très conforme aux principes chirurgicaux en usage; mais voyant que le malade, somme toute, ne présentait aucun phénomène inquiétant, il se contenta de maintenir la diète absolue, avec l'administration de petits morceaux de glace à l'intérieur. Comme le blessé de tout à l'heure, ce malade guérit complètement et sans incident.

A ne faire état que de ces deux cas où la pénétration était certaine et profonde, on serait disposé à admettre que, dans les plaies

pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau étroit et affilé même, l'abstention doit être conseillée et qu'elle sera suivie d'une guérison certaine, sans qu'il faille recourir à la laparotomie.

Ce serait là, à mon avis, une mauvaise pratique, et j'estime que la laparotomie doit être toujours pratiquée, lorsqu'on est appelé peu de temps après l'accident. En effet, lorsque la pénétration est certaine, il est impossible de savoir, sauf le cas d'hémorragie très importante, si les viscères ont été blessés, et s'ils l'ont été gravement. Les suites seules peuvent fixer à ce sujet, soit qu'elles soient simples, soit qu'elles montrent des accidents graves qui témoignent de la lésion des viscères. L'intervention, formellement commandée alors par ces accidents, n'aura plus, à beaucoup près, les mêmes chances de succès; en pareil cas, il est plus facile de prévenir les accidents par une laparotomie précoce que de les guérir par une laparotomie tardive. Dans les deux cas que je rapporte plus haut, une laparotomie eût été simplement exploratrice; elle n'eût pas entravé la guérison; mais elle eût pu remédier à des accidents sans importance au début, graves par la suite. Les faits sont aujourd'hui légion qui justifient cette opinion. J'en citerai un qui m'est personnel. Il y a quelques années, pendant que je me trouvais à Beaujon pour une opération de garde, on apporta un homme qui avait reçu, disait-il (en réalité, il s'était donné), un coup de couteau dans le flanc gauche. Le coup avait porté à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessous du rebord des fausses côtes; il était aisé de voir qu'il était obliquement dirigé de haut en bas et un peu de dedans en dehors. Il n'y avait aucun symptôme abdominal; le pouls était agité, le malade un peu pâle, ce qui s'expliquait par ce fait que l'accident était tout récent. Néanmoins, l'homme affirmant que le coup avait dû pénétrer très profondément, je lui fis donner le chloroforme, et en suivant la plaie abdominale, je pénétrai dans le ventre; je ne trouvai aucune lésion de l'intestin ou de l'estomac, mais immédiatement au-dessous de ce viscère le grand épiploon était atteint; deux vaisseaux étaient sectionnés desquels le sang jaillissait sans interruption, et une notable quantité de ce liquide était déjà répandue dans l'abdomen. Je refermai le ventre complètement après avoir lié les vaisseaux sectionnés, et le malade guérit sans encombre. Mon intervention avait été efficace puisqu'elle m'avait permis de tarir la source d'une hémorragie qui n'était pas négligeable, mais qui, se faisant lentement, aurait pu ne se révéler qu'au moment où le malade eût été presque exsangue.

Mes deux premiers malades n'ont rien eu, ni perforation de viscères, ni section de vaisseaux importants; cela tient probablement à ce qu'ils n'étaient pas en période de digestion; les intes-

tins à l'état de vacuité ont pu aisément fuir devant l'agent vulnérant; ces malades ont eu de la chance. Mais ils auraient pu avoir des lésions graves, et cette seule possibilité justifie mon opinion à savoir qu'il convient d'intervenir sans retard par la laparotomie lorsqu'on est appelé auprès d'un blessé ayant une plaie pénétrante de l'abdomen, quelques heures après l'accident. Je dis dans les premières heures après l'accident, car il est bien évident que si le chirurgien est appelé vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, et s'il constate une absence complète de troubles abdominaux, il doit s'abstenir.

Ostéome d'origine traumatique du brachial antérieur.

M. Ch. Monod présente une tumeur osseuse qui siégeait dans l'extrémité inférieure du brachial antérieur — chez un homme de vingt-six ans qui avait reçu, le 10 avril dernier, un coup de pied de cheval sur la partie antérieure du coude.

En ce point s'était formée, peu à peu, une tuméfaction qui avait acquis le volume apparent d'une grosse noix. Cette tuméfaction, en contact intime avec l'extrémité inférieure de l'humérus, de consistance osseuse, avait été prise par tous ceux qui avaient examiné le blessé pour un cal. Cet homme avait été, en effet, présenté à M. Monod comme ayant été atteint de fracture partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Monod ne partagea pas cette manière de voir, à cause de l'intégrité évidente du squelette au niveau de son bord externe qui était facilement accessible.

L'ablation de la tumeur a montré qu'elle était en effet tangente à l'humérus, mais que celui-ci n'avait subi aucune solution de continuité.

Cette production paraît s'être développée dans l'épaisseur du brachial antérieur.

M. Monod appelle l'attention sur la rapidité avec laquelle cette tuméfaction s'est formée, puisque, d'après le dire du blessé, il ne présentait aucune lésion appréciable à ce niveau avant l'accident, et que celui-ci ne date que de cinquante jours.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 7 JUIN 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Félizet et une autre de M. Chaput, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. le professeur Guyon, qui invite les membres de la Société à assister à l'inauguration du monument élevé au baron Hippolyte Larrey ;

4° *Deux cas de consolidation imparfaite de fracture traités par la thyroïdine*, mémoire de M. Tronchet (de la Rochelle) : renvoyé à une commission ; M. Potherat, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Guinard. — Dans la dernière séance, notre collègue Potherat nous a raconté l'histoire de deux malades qui avaient guéri sans incident, malgré une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau.

La pénétration n'était pas douteuse dans les deux cas, puisque l'épiploon faisait hernie au dehors. Si je demande la parole à cette occasion, c'est que, récemment, j'ai été en présence d'une plaie du même genre qui a guéri de même sans intervention. Dans le cas particulier auquel je fais allusion et sur lequel, pour des raisons de convenance, je ne dois pas donner de détails, la pénétration n'était pas douteuse, et si je ne suis pas intervenu par la laparotomie immédiate, c'est en considération de circonstances générales

et contingentes sur lesquelles on ne doit pas tabler en pratique courante.

Je crois donc qu'il faut, à cette occasion, insister à cette tribune sur ce fait, qu'il n'y a pas de règle sans exception, en chirurgie plus qu'ailleurs. Les faits en question ne sont que des exceptions qui confirment la règle et il ne sera pas inutile de reproduire à cet égard la formule pratique qui doit servir de guide général :

Tout diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen implique une laparotomie immédiate quand on est appelé dans les douze premières heures.

M. Reclus. — Je ne comprends pas très bien la communication de M. Guinard, qui ne nous apprend rien, puisque la règle adoptée ici est d'intervenir pour les plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Quénu. — M. Guinard nous dit qu'il ne s'est abstenu que pour des raisons extra-scientifiques. Il nous accorde et est d'avis que l'intervention est de règle dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Discussion

Traitement de la tuberculose du testicule (suite).

M. Ed. Schwartz. — Plus je soigne la tuberculose du testicule et plus je suis convaincu qu'il faut le moins possible sacrifier la glande génitale en faisant la castration totale.

Il est certain que cette dernière trouve des indications dans la multiplicité des foyers tuberculeux, dans la suppuration diffuse ou prolongée, dans la persistance ou la récidive de fistules malgré des opérations partielles et conservatrices, enfin dans les conditions sociales de l'individu; l'impossibilité de combiner un traitement général efficace avec le traitement local doit nous pousser à faire la castration plutôt que des opérations conservatrices.

Au début, j'ai fait très souvent la castration pour des tuberculoses non suppurantes, non ouvertes, lorsqu'un seul testicule était pris et que l'état général était bon. Dans quelques cas, j'ai eu d'excellents résultats : l'évolution tuberculeuse m'a paru s'arrêter et j'ai même observé quelques faits où les lésions prostatiques et vésiculaires ont rétrocédé; dans d'autres, j'ai vu consécutivement l'autre testi-

cule se prendre, et n'ai remarqué aucune action bienfaisante sur les lésions génitales profondes.

J'ai depuis longtemps adopté pour la castration le procédé que j'ai vu employer par Socin, de Bâle.

Il consiste à isoler le canal déférent le plus haut possible dans le canal inguinal, en l'attirant à soi, à le lier au catgut, puis à le couper au thermocautère au delà des parties suspectes. Le cordon est lié au catgut en deux portions, puis sectionné au-dessous.

J'ai toujours, par contre, combattu les opérations dites radicales qui consistent à traiter la tuberculose comme une tumeur maligne et à enlever largement tout ce qui est malade, jusqu'aux vésicules séminales et à la prostate. Cette manière de faire paraît d'ailleurs perdre de jour en jour du terrain et n'aura jamais que des indications très limitées.

Lorsque la tuberculose est unilatérale, que le testicule est, comme presque toujours indemne, et que l'épididyme est seul atteint, l'épididymectomie, le curettage des foyers avec pansements au naphtol camphré, les injections sclérosantes de chlorure de zinc, les évidements au thermocautère, m'ont donné et me donnent de bons résultats. J'ai fait toutefois il y a deux ans, une épididymectomie typique à un jeune homme de vingt ans qui n'en a pas moins été atteint du côté opposé un an après la première intervention, tandis que le côté opéré restait complètement guéri. Je ne crois pas que la castration eût mieux fait. Grâce à un traitement général et tout anodin, les lésions paraissent actuellement rétrocéder.

Lorsque la tuberculose est bilatérale, qu'un des côtés est plus profondément atteint et le point de départ de suppurations toujours mauvaises pour nos tuberculeux, je fais la castration de ce côté, jamais je n'ai fait de double castration, obéissant en cela aux indications qu'on nous a signalées visant la fonction sécrétoire et nerveuse de la glande séminale.

En somme, pour les tuberculoses subaiguës et chroniques, je crois que la castration ne doit pas être la règle et que les opérations conservatrices devront être utilisées, à moins de contre-indications sur lesquelles on a suffisamment insisté.

M. Paul Reynier. — Messieurs, je commence par remercier mes collègues, qui ont bien voulu répondre à mon appel, et venir nous apporter le résultat de leurs observations personnelles sur cette question si difficile du traitement de la tuberculose du testicule. La diversité des opinions qui ont été émises montre bien combien cette question est complexe.

Comme l'ont fait remarquer avec beaucoup de raison presque tous ceux qui ont pris la parole, nous avons en effet affaire à une

affection fort variable dans son évolution, véritable protée morbide, qui tantôt aura une marche très rapide, envahissante, tantôt une marche torpide, avec tendance à la guérison.

Et il est très utile de faire, pour qui veut prendre des observations, ces distinctions dans les cas, suivant qu'on se trouve en présence de lésions anciennes, ou de lésions récentes, de lésions froides ou aiguës, limitées à l'épididyme, ou généralisées à tout l'appareil génital ; réduites à un seul noyau, ou affectant la forme de granulie.

Nous sommes tous d'accord sur ces points; d'ailleurs n'est-ce pas déjà classique? Il y a également lieu de tenir compte de l'âge. M. Félizet nous a dit que la tuberculose du testicule chez l'enfant a une marche généralement rapide. Il en est souvent de même chez le vieillard; et l'adulte est celui chez lequel on voit le plus souvent la marche lente.

Il y a également à tenir compte de l'état général, de la fatigue, du surmenage, de l'adjonction d'un état arthritique, du milieu dans lequel vivent les malades. Tout ceci, comme pour toute tuberculose, est à prendre en considération, et modifie énormément le pronostic, et par suite peut influer sur notre thérapeutique. Malheureusement comme pour toute tuberculose, si on a des probabilités pour faire le pronostic de la marche, on n'a pas de certitude. Telle tuberculose qui débute avec un aspect bénin, peut tout d'un coup évoluer rapidement. La lésion la plus froide peut sous l'influence de fatigues, de maladies, devenir le point de départ d'une infection générale rapide.

Il y a donc là une épée de Damoclès, dont la suppression, quand elle sera possible, tranquillisera et le malade et le médecin.

Aussi, en présence d'un malade qui viendrait me présenter une lésion limitée à l'épididyme, qui serait encore en apparence de santé, chez lequel l'auscultation ne révélerait rien aux poumons, chez lequel tout semblerait me dire que la loi de Louis est en défaut, que je me trouve bien en présence d'une première manifestation de la diathèse tuberculeuse, j'avoue qu'à l'heure actuelle, je comprends de moins en moins les abstentionnistes.

Ce serait votre enfant, ce serait vous, ne préféreriez-vous pas qu'on vous enlevât ce foyer tuberculeux avant que le canal déférent et la prostate ne fussent pris.

Contrairement à ce qu'a dit M. Delbet, pour moi, le plus souvent la lésion débute au niveau de l'épididyme, puis, par marche ascendante, gagne le canal déférent et la prostate. Je vous ai cité dans mon rapport des faits qui semblent démontrer péremptoirement cette marche.

Ce qu'a dit M. Delbet des lésions de la prostate, qui pour lui

rétrocéderaient l'épididyme enlevé, parce que le canal déférent n'amènerait plus les produits pathologiques venant de la glande séminale, vient encore à l'appui de cette manière de voir.

Or, cette marche ascendante de la tuberculose s'effectue rapidement, puisqu'au bout de quelques mois, il est si rare de trouver la prostate indemne, que dans tous les livres classiques la lésion de la glande génitale donne l'idée de la lésion concommitante de la prostate.

Or, devant cette marche rapide n'est-il pas dangereux de perdre du temps dans des traitements médicaux, fort aléatoires comme résultats, et que préconisent cependant MM. Routier, Michaux, Reclus, Lucas-Championnière?

A cette abstention, je préfère la phrase de M. Quénu, qui dit qu'on ne doit pas laisser dans l'épididyme, un foyer tuberculeux ramolli ou non.

Opposez, en effet, à ces guérisons hypothétiques, toujours grosses de menaces, obtenues par un traitement *médical prolongé*, celles que vous pouvez obtenir rapidement par l'intervention précoce.

M. Quénu, M. Delbet vous ont cité des exemples de guérison durable après épididymectomie. Je peux vous citer l'observation d'un homme, que je vois depuis six ans, et auquel j'ai enlevé un noyau épididymaire limité, d'apparition récente, sans lésion de la prostate, sans lésion du canal déférent, et qui depuis n'a présenté aucune autre manifestation tuberculeuse. J'ai vu, cette année, un jeune homme de vingt-quatre ans, auquel il y a sept ans, à l'hôpital Tenon, j'ai fait une castration, avec résection haute du canal déférent pour lésions limitées à l'épididyme, à l'origine du canal déférent, et qui, depuis, n'a vu survenir aucune autre manifestation.

M. Tillaux me citait l'observation d'un jeune homme, étudiant, qui vient lui montrer un noyau tuberculeux bien limité de l'épididyme, il y a cinq ou six ans. Il croit devoir lui dire la vérité sur la nature de sa lésion, et lui propose immédiatement l'ablation de ce noyau, opération que le malade accepte. Depuis cette résection épididymaire précoce, cet étudiant est resté guéri. Il a fini ses études, s'est marié et n'a pas présenté d'autres lésions.

Ne croyez-vous pas, que dans ces conditions, M. Tillaux doit être plus heureux de sa décision rapide, que de s'être abstenu? et le malade ne doit-il pas être plus rassuré que s'il avait conservé, même éteint, ce foyer tuberculeux? Les cadavres des bacilles ne sont-ils pas encore dangereux?

Si ces faits ne sont pas encore très nombreux, si M. Potherat nous a dit que les résultats qu'il avait relevés des castrations pour

tuberculoses génitales, ne l'avaient pas satisfait, c'est que le plus souvent on opère trop tard, quand les lésions sont disséminées, quand, à l'infection tuberculeuse, s'est ajoutée une infection, qui aide à sa généralisation.

M. Potherat n'a eu aucun renseignement sur l'étendue et la nature des lésions qui ont fait décider ces castrations.

Il ne sait pas si on les a faites précoces, suppurées ou non. Quant aux fistules qu'il nous signale, nous savons, Roux et de Villeneuve ont insisté sur ce point, qu'elles se produisent lorsque l'intervention incomplète s'est limitée au testicule en laissant un canal déférent malade.

Ces observations négatives de M. Potherat ne peuvent donc pas aller à l'encontre des observations positives que je vous donne, montrant l'importance pour les résultats ultérieurs, des interventions précoces. Et je le répète, ces observations seront, j'en suis sûr, plus nombreuses quand on se décidera à opérer de bonne heure.

Reste maintenant à discuter la nature de cette intervention.

Si la lésion est nodulaire, si elle est bien limitée à l'épididyme, je me rangerai volontiers à l'avis de mes collègues : la résection de l'épididyme est l'opération de choix. Du moment que vous pouvez bien limiter le mal, il est inutile de priver le malade d'une glande, qui peu ou beaucoup peut encore rendre des services, ne serait-ce qu'au point de vue moral, et les observations de MM. Delbet, Quénu, Schwartz viennent à l'appui de cette manière de voir.

Mais si tout l'épididyme est pris, si nous avons affaire à une véritable granulie de l'organe, si le canal déférent à son origine est déjà suspect, si nous avons de la périépididymite, et par suite, si nous craignons que les vaisseaux lymphatiques du voisinage puissent déjà contenir des produits bacillaires, croyez-vous véritablement que cette épididymectomie sera suffisante?

M. Delbet vous dit que dans ces cas on trouve dans le corps d'Highmore des tubercules; il en fait l'ablation. Mais croît-il, après cette ablation, pouvoir affirmer qu'il a tout enlevé? Quand les lésions sont ainsi disséminées, l'opération partielle me paraît bien chanceuse.

Il vous arrivera ce qui vient de m'arriver sur un malade qui est encore dans mon service. Il entre avec un épididyme gros, entièrement pris; je ne trouvai rien à la protaste, le canal déférent me parut normal.

Je crus devoir lui proposer une résection totale de l'épididyme. Or, pendant l'opération, je me trouvai en présence d'un épididyme volumineux, très adhérent au tissu cellulaire voisin, à la

vaginale. Il y avait de la périépididymite, que l'examen n'avait pu déceler. Cette périépididymite était due à ce que, sur certains points, il y avait des foyers qui suppuraient, et que la dissection très pénible de l'épididyme ouvrit, infectant ainsi le champ opératoire. Tous ces tissus vasculaires nécessitèrent un grand nombre de catguts.

Pendant les premiers jours, le malade alla bien, mais la température montait; quelque temps après, je voyais survenir un gonflement du testicule et du cordon dans le canal inguinal; je crus à une suppuration et à de la funiculite, je proposai une nouvelle opération plus radicale; j'ouvris le scrotum et fis la castration. Dans le testicule se trouvait un noyau tuberculeux suppuré. Remontant alors le long du cordon, j'ouvris successivement trois foyers fongueux purulents. L'un remontait si loin que je fus obligé de décoller le péritoine pour arriver dans la fosse iliaque. Après avoir enlevé le canal déférent le plus loin que je pus et après grattage et cautérisation au chlorure de zinc, je bourrai tous les foyers avec de la gaze iodoformée. Suivant ma pratique, je laissai cette gaze pendant huit jours à demeure. Quand je la retirai, les plaies étaient rouges, ayant bon aspect, et le malade est sur le point d'être guéri et de quitter l'hôpital.

Or, que s'était-il passé dans ce cas? J'avais opéré dans un milieu septique, ouvrant des vaisseaux lymphatiques, contenant probablement déjà des bacilles de tuberculose, et il s'était développé une lymphangite tuberculeuse qui avait déterminé ces foyers secondaires. N'aurait-il pas mieux valu, dans ce cas, avoir recours immédiatement à la castration?

Or, qu'objecte-t-on contre cette opération?

1° Que le testicule a sur l'économie une influence tout à fait particulière. Il y a longtemps en effet que nous connaissons cette influence et les travaux de Brown-Séquard n'ont fait que corroborer nos connaissances. Mais si tout ce qu'on m'a dit, au point de vue de l'importance du testicule sur l'économie générale est vrai, c'est surtout quand on prive le malade de ses deux testicules — Lorsqu'on n'en enlève qu'un, je ne crois pas qu'on trouble beaucoup l'état général. Chez quelques nerveux, peut-être le moral peut-il être affecté, mais ne le sera-t-il pas également par une lésion tuberculeuse, qu'ils connaissent, et qu'on leur aurait laissée?

Pour mon compte personnel, je n'ai jamais observé aucun trouble chez les malades que j'ai opérés d'un seul testicule, lorsque l'autre est resté bon.

Je ne me laisse donc pas trop apitoyer sur cet organe, comme le font mes collègues, qui avec moins de remords, enlèveront les

ovaires des femmes. Ils déterminent ainsi des troubles dans leur économie générale, troubles bien plus sérieux, quand les deux ovaires sont enlevés, que quand on enlève un seul testicule.

2° Enfin, on m'objecte que la castration n'empêche pas l'autre testicule de se prendre. Certes, si on était sûr du contraire, la cause de la castration serait gagnée. Mais je voudrais qu'on étudiât de plus près les cas où le second testicule s'est pris. Est-on bien sûr qu'il n'y avait pas, au moment de la castration, de tuberculose prostatique? de lésion du canal déférent, qu'on n'a pas réséqué? A quelle époque de l'apparition de la tuberculose a-t-on opéré? Dans toutes les observations, on n'a, sur tous ces points, que des renseignements approximatifs. D'après ce que j'ai vu personnellement, je serais plus tenté de croire que les castrations précoces, avec résection du canal déférent chez des malades dont la prostate n'est pas prise, donnent de grandes chances de préserver le second testicule et que le second testicule se prend surtout quand on opère tard, la prostate et les vésicules séminales étant déjà envahies par la tuberculose.

C'est ainsi que je relève, dans mes observations, trois malades que je suis sûr d'avoir opérés de bonne heure, n'ayant rien senti à la prostate, deux ayant un épididyme entièrement envahi; un ayant épididymite, et funiculite, et qui, depuis cinq, six, sept ans, n'ont rien vu survenir dans l'autre testicule.

Plus je vais, plus je crois que quand l'autre testicule se prend, c'est qu'on opère trop tardivement et que la prostate était déjà envahie.

Je ne crois donc pas que ce soit acheter trop cher la guérison possible d'une tuberculose par la perte d'un testicule, l'autre restant pour suppléer l'absent.

Et de même que je ne recule pas devant la suppression d'un testicule cancéreux, je ne reculerai pas devant la suppression d'un testicule tuberculeux, si la tuberculose est au début et si la tuberculose ne s'est pas encore disséminée du côté de la prostate. Mais pour plus grande sécurité, je conseillerai toujours d'enlever une longue partie du canal déférent.

J'aborde maintenant les cas où les malades viennent nous trouver avec des lésions déjà étendues au canal déférent et à la prostate. Ce sont évidemment là les cas les plus fréquents. Ou nous avons affaire à une tuberculose suppurée ouverte, ou nous avons affaire à une tuberculose fermée. Cette tuberculose fermée peut être en voie de suppuration ou à l'état de nodosité et constituant des lésions froides, comme le dit M. Quénu.

S'il existe des lésions pulmonaires; si nous voyons que la tuber-

culose sur d'autres points a touché l'économie, le mieux me paraît de s'abstenir ou de n'avoir recours qu'à des opérations partielles. Je suis d'accord, sur ce point, avec M. Nimier et M. Sieur.

La cautérisation ignée peut rendre de très grands services dans ces cas.

Dans les thèses de mes élèves Euvrard et Degreune, on trouvera un certain nombre d'observations qui montrent tout ce qu'on peut attendre de ce mode de traitement.

Mais si nous n'avons pas de lésions pulmonaires, nous pouvons encore discuter ici l'utilité de l'épididymectomie ou de la castration, avec résection haute ou totale du canal déférent.

L'épididymectomie ne me paraît guère possible que quand le noyau est limité. Pour peu que les lésions soient étendues, que la vaginale soit prise, la castration seule me paraît devoir être préconisée. M. Tuffier nous a montré le danger de laisser ces vaginales infectées et ceci nous pousse encore plus à faire la castration.

Ici se pose la question de l'influence de la suppression du testicule sur les lésions prostatiques. MM. Berger et Delbet nous ont apporté des observations qui confirment les miennes et montrent qu'on peut, sans en être sûr, espérer faire rétrocéder par la castration les lésions prostatiques. M. Bazy doute de ce fait parce qu'il croit qu'on ne peut obtenir de résultat dans l'hypertrophie prostatique que par la castration double. Je ne suis pas de son avis. J'ai pratiqué pas mal de résections du canal déférent pour des hypertrophies prostatiques, et il m'est arrivé, dans un cas, de ne réséquer qu'un canal déférent, et de voir une diminution de la prostate de ce côté. On trouvera, dans la thèse de Flœrsheim, des observations analogues.

Enfin, dans la monorchidie, MM. Launois, Bezançon, Routier ont cité des atrophies du lobe prostatique, correspondant à l'ectopie. Je sais bien que M. Bazy a déjà contesté ces observations. Cependant, j'en ajouterai encore une que j'ai relevée, il y a deux ans dans mon service, et où l'atrophie du lobe prostatique correspondant m'a paru manifeste dans une ectopie testiculaire. On peut donc en n'opérant qu'un côté avoir des modifications prostatiques.

Ces modifications prostatiques, je les constate à la suite des castrations. Mais je les ai constatées aussi à la suite de la destruction ignée du testicule, et je vois que MM. Quénu et Delbet les ont notées aussi à la suite des épididymectomies. Quant à leur explication, tout en admettant, comme je l'ai dit, que probablement ces interventions sur le testicule décongestionnent la prostate, j'accepte très volontiers l'explication que donne M. Delbet.

Peut-être agit-on, en effet, parce que, en enlevant le testicule ou l'épididyme on supprime le déversement des produits tuberculeux qui viennent irriter cette glande.

Lorsque la lésion est suppurée et ouverte, je vois mes collègues, hostiles à la castration pour les tuberculoses au début ou les tuberculoses non ouvertes, devenir, au contraire, partisans de celle-ci. Par cette opération, ils cherchent surtout à supprimer un foyer d'infection.

Or, c'est dans ces cas que je crois qu'on doit être très sobre de castration. C'est dans ces cas surtout que j'ai vu, à la suite de castrations, l'autre testicule se prendre, les lésions pulmonaires s'accentuer, d'autres foyers tuberculeux apparaître ultérieurement. Une tuberculose ouverte me paraît de plus en plus dangereuse à opérer. L'adjonction des microbes de la suppuration à la tuberculose doit, d'après moi, être incriminée pour expliquer les suites mauvaises ultérieures de nos opérations en pareil cas.

J'aurais été heureux de voir mes collègues me dire si leurs résultats confirmaient ma manière de voir; leur attention n'a malheureusement pas pu être attirée sur ce point, que je leur soumets à nouveau, et que nous discuterons, quand la discussion sur la tuberculose osseuse commencera.

Pour mon compte personnel, je préfère, quand la tuberculose est suppurée, ouverte, avoir recours à la destruction des foyers tuberculeux, et, s'il le faut, de tout le testicule et l'épididyme au thermo-cautère, suivant la méthode de Verneuil.

Mais dans ces cas, ces cautérisations larges donnent des escarres, et une suppuration abondante qui nécessitent pour les supporter un état général satisfaisant.

Les deux testicules sont-ils pris? Je suis absolument de l'avis de mes collègues : la castration doit être rejetée. Pour les enfants ferai-je cependant, avec M. Félizet, une distinction. Comme lui, j'ai vu, en effet, la marche rapide de la tuberculose génitale, et la castration, comme le dit fort bien M. Félizet, paraît être la ressource suprême. Ici, c'est le cas de rappeler que la chirurgie ne se fait malheureusement pas avec des sentiments, mais d'après les faits.

Je crois donc pouvoir conclure, en modifiant un peu les conclusions de mon rapport, et tenant compte des succès des opérations partielles de mes collègues, que la suppression d'un testicule n'est pas une opération qu'on doit faire à la légère. Quand elles sont possibles, que la tuberculose est bien limitée, les opérations partielles, les épididymectomies doivent être préférées.

Mais je crois qu'il ne faut pas rejeter de parti pris la castration, qui, associée à la résection du canal déférent, comme l'a faite

M. Beurnier, peut, dans quelques cas, plus que les opérations partielles nous donner l'espoir d'obtenir une guérison complète et définitive.

Bazy. — Je désire faire quelques rectifications aux opinions que me prête M. Reynier.

Tout d'abord, j'éliminerai la question de l'influence sur l'hypertrophie prostatique des opérations pratiquées sur le canal déférent ou le cordon et le testicule. Ceci n'est pas en discussion.

Tout d'abord, j'ai montré que la castration n'empêche pas la récidive, par des faits ne m'appartenant pas (car je n'ai jamais fait de castration), mais par des faits appartenantà d'autres collègues.

J'ai montré ici, il y a quelques jours, un malade opéré au mois de janvier dernier, dans un des hôpitaux de Paris, et qui est venu me voir avec une récidive de l'autre côté.

J'ai cité un cas opéré par un de mes collègues qui avait dû évidemment examiner la prostate. Or, il est venu me voir quelques mois après avec une récidive du côté opposé.

J'en ai cité un troisième, qui était venu me voir avec de la cystite tuberculeuse. Or, il avait été castré six mois auparavant, ce qni n'avait pas empêché la tuberculose d'attaquer la vessie, et il n'avait rien à ce moment du côté de la prostate. Je l'ai revu depuis, il avait un noyau prostatique et un noyau épididymaire.

Si on propose la castration pour un testicule, il faut être logique et il faut la faire pour les deux, et c'est alors seulement qu'intervient l'idée de l'influence sur l'organisme de la sécrétion testiculaire interne; car nous savons tous depuis longtemps qu'un seul testicule suffit : les monorchides congénitaux ne se distinguent en rien de ceux qui ont les deux testicules, et nous n'avons jamais prétendu que l'ablation d'un seul testicule eût une influence sur l'organisme.

M. Quénu. — La réponse de M. Reynier aux communications de nos collègues et à la mienne n'est que d'ordre théorique. Nous lui apportons des faits de guérisons durables de six, huit et dix ans, à la suite d'opérations économiques faites pour des tuberculoses de l'appareil testiculaire étendues et suppurées. Nos malades guérissent et conservent leur testicule, tout est là ; et je ne comprends pas beaucoup le raisonnement qui consiste à sacrifier le premier testicule sous prétexte qu'un seul suffit, quitte à s'arrêter devant l'envahissement du second et à ne faire qu'à ce moment une opération économique.

M. Reynier. — Je répondrai à M. Bazy que les observations,

qu'il vient de me citer, manquent encore de précision. Il ne sait pas dans quelles conditions on a castré ces malades, et si ces malades avaient alors des lésions prostatiques ou des foyers suppurés. Ces observations-là ne peuvent donc nous servir.

Il me reproche enfin de manquer de logique en préconisant la castration, lorsqu'un seul testicule est pris, et en la déconseillant quand le second se prend, ou que les deux sont pris. Mais si j'enlève un testicule au début de la tuberculose, c'est que je crois être en présence de la première manifestation de l'infection. Lorsque le second testicule se prend, je me trouve en présence de manifestations multiples; je sais bien alors que mon opération sera fatalement incomplète et laissera d'autres foyers. Je ne lutterai donc plus contre elle avec la même ardeur. Enfin, comme je l'ai dit, un seul testicule peut être supprimé sans grand danger pour l'économie. Il n'en est pas de même de deux.

Quant à M. Quénu, je ne comprends pas son objection. Je reconnais avec lui que les épididymectomies peuvent donner de bons résultats. Seulement, je ne crois pas qu'il faille avoir recours, dans tous les cas, à ces épididymectomies, et quand les tissus sont infiltrés, que les lésions me paraissent étendues, je crois que la castration est préférable. Il me dit que je n'ai pas, à l'appui de mes idées, cité de faits; mais il n'a qu'à reprendre ma communication, et il verra, dans mon rapport, que je base cette opinion sur des observations où j'ai fait l'épididymectomie dans ces conditions, et où j'ai eu un mauvais résultat qui m'a fait regretter de n'avoir pas eu de suite recours à la castration.

M. Routier. — M. Reynier ne me paraît pas bien répondre aux objections qu'on lui adresse et que je comprends d'autant mieux que, comme je l'ai dit dans ma communication, je suis revenu de l'emploi de la castration, pour lui préférer les méthodes économiques.

Cette évolution, je l'ai faite après avoir vu un de mes malades auquel j'avais enlevé le testicule gauche pour un noyau tuberculeux très limité présenter quelques mois après la tuberculose du testicule droit, seul restant.

Je conclus de ce cas et de quelques autres que la castration n'empêchait pas l'évolution de la tuberculose génitale, et qu'il valait donc mieux se contenter d'opérations partielles, précisément pour ne pas se trouver obligé de changer absolument de manière de faire dans les cas de récidive.

J'estime qu'il est prudent de conserver les testicules autant que possible et qu'il ne faut pratiquer la castration que tout à fait exceptionnellement.

M. Quénu. — Nous n'avons pas l'intention de bannir la castration, mais nous disons que le traitement de choix est le traitement économique. Avec aucune méthode assurément on n'a la certitude absolue de guérir les lésions testiculaires; même dans les cas suppurés, ont peut avoir des succès. Un malade que j'ai opéré en 1888 avait des lésions très étendues et suppurées, non seulement du côté de l'épididyme, mais encore du côté du canal et de la vaginale. Il y avait même des lésions de la prostate. Deux ans après, j'ai revu ce malade à Berck, il était guéri. Je l'ai encore revu, il y a un an, en très bon état, et je ne lui avais fait cependant que le nettoyage de ses lésions. Vous n'êtes donc pas autorisés à considérer la suppuration comme une indication de la castration.

M. Bazy. — Il faut en outre tenir compte de l'évolution de certaines tuberculoses. En 1880, nous avons vu, M. Guyon et moi, un homme atteint d'une hématurie suspecte dont la nature nous fut certifiée par l'évolution, six ans après, d'une épididymite tuberculeuse restée fistuleuse depuis, et qui n'empêche pas le malade de se bien porter, quoiqu'on n'ait rien fait sur son épididyme.

M. Reynier. — Je ne veux pas prolonger cette discussion et je me contente de répondre à M. Quénu que je n'ai jamais dit qu'on ne pouvait pas, par bien des moyens, obtenir des guérisons de la tuberculose testiculaire. Dans cette discussion, ce que nous avons recherché surtout, c'est de savoir quelle est la thérapeutique qui pourra nous donner la meilleure statistique.

Rapports.

Fracture simultanée des deux clavicules, par M. le Dr Edouard Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

M. GUINARD, rapporteur.

M. Pluyette nous a adressé un intéressant travail sur la fracture simultanée des deux clavicules; il a été amené à s'occuper de cette question à l'occasion d'un malade qui s'est présenté à son observation en mars 1898, avec une fracture des deux clavicules. Cherchant dans la littérature médicale les cas analogues, il a été

frappé du petit nombre d'observations du même genre : bien que je les croie moins rares qu'il ne le dit, je résume ici son observation.

Presque tous les chirurgiens, écrit-il, à l'exemple du professeur A. Richet, devront avouer qu'ils n'ont jamais vu cette affection, et de fait elle est fort rare. Malgaigne, qui ne l'a observée qu'une seule fois, sur 2.358 fractures, n'a pu en réunir que six cas, et l'on est quelque peu surpris qu'Hamilton (*Traité des fractures*) l'ait rencontrée quatre fois à l'hôpital de New-York, sur 158 fractures de la clavicule. Polaillon, dans l'article « Clavicule », du *Dict. de Dechambre*, a pu en recueillir 14 cas ; Owen (*Lancet*, 15 juillet 1890) déclare que Gurlt n'en a rapporté que 10 cas ; et si Rieffel dans le chapitre des fractures de la clavicule, du *Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, parle de 25 cas environ, il m'a été impossible, en remontant aux sources indiquées, d'en trouver plus de 22 cas, et encore quelques-unes sont fort incomplètes.

Ce n'est pas la seule rareté de l'affection qui m'a engagé à la décrire, mais il faut bien qu'on le sache, par ses symptômes et son allure toute spéciale autant que par ses conséquences, la fracture simultanée des deux clavicules constitue une lésion sérieuse qui ne rappelle que de fort loin la fracture classique d'un seul côté.

Observation. — Philippo Carignano, Italien, âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de charretier, s'est trouvé pris le 9 mars 1898 entre les roues de deux charrettes marchant en sens inverse ; debout au moment de l'accident, il a eu le thorax comprimé transversalement par les moyeux des deux véhicules. Amené sur-le-champ à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 21, ce qui frappe de prime abord, c'est une dyspnée très marquée, empêchant le blessé de garder la position horizontale, et faisant craindre des lésions internes.

L'examen méthodique du blessé révèle une déformation thoracique à gauche, produite par une fracture de la clavicule siégeant à l'union du tiers externe avec le tiers moyen ; le fragment interne est soulevé sur une hauteur de 1 centimètre dans le décubitus, de 2 centimètres dans la position assise. Les deux fragments chevauchent l'un sur l'autre, et la peau menace de céder sous cette forte pression.

Le côté droit ne présente pas de déformation, mais on verra plus loin que celle-ci s'est produite ultérieurement. En appliquant la main sur la région on a la sensation caractéristique d'un emphysème sous-cutané étendu à tout le moignon de l'épaule, à l'aisselle, à la face interne du bras, à la région dorsale sous-scapulaire et gagnant même le côté gauche du dos. L'exploration de la clavicule produit sur la partie moyenne de l'os une douleur très vive, bien localisée, et correspondant à une légère encoche de l'os qui ne permet pas de douter qu'elle soit également fracturée.

L'état général est grave, le cou est tuméfié, la respiration extrême-

ment pénible, et la colonne mercurielle monte à 39 degrés; à l'auscultation râles sibilants disséminés dans toute la poitrine.

Après avoir aseptisé la peau du côté gauche qui menace de se perforer, on tente la réduction de la fracture, mais devant la douleur et surtout la dyspnée, on se contente d'appliquer un bandage de corps.

Le lendemain, 10 mars, l'emphysème sous-cutané gagne du terrain ; le blessé est pris de plusieurs hémoptysies et la température se maintient encore à 39 degrés. Le 11 mars, elle descend à 38 degrés, et le 12 à 37 degrés pour se maintenir à ce niveau ; en même temps, apparaît une déformation sur la clavicule droite, de telle sorte que la double fracture se lit à l'œil nu.

Je ne veux pas ici discuter la question thérapeutique, car il est aujourd'hui classique de suturer toute fracture de la clavicule qui chevauche et dont la réduction ne peut être maintenue. Mais je trouvais dans l'état général du blessé, dans la dyspnée et dans l'emphysème sous-cutané une triple contre-indication à intervenir sur-le-champ. Une intervention en pareil cas risquait fort d'échouer, peut-être même d'amener de la suppuration, et je décidai à attendre qu'avec la disparition de l'emphysème, l'état général se fût relevé.

Le 23 mars, onze jours après l'accident, les conditions me semblent propices pour pratiquer une première opération sur la clavicule gauche. Anesthésie par l'éther. La fracture en bec de flûte est très difficile à réduire à cause d'un chevauchement excessif; il faut réséquer un fragment de l'os: un seul fil est passé; le périoste étant malheureusement très mâché ne peut-être suturé; crins de Florence sur la peau ; réunion par première intention, sans température ni complication.

Le 16 avril, trente-huit jours après l'accident, seconde intervention, cette fois sur la clavicule droite. Anesthésie par l'éther. La fracture est consolidée, mais avec un cal vicieux par suite du chevauchement des fragments. Résection du cal, suture et cerclage des fragments, suture du périoste au catgut, de la peau aux crins de Florence ; guérison complète sans l'ombre d'une complication.

Le 17 mai, je pratique une troisième mais insignifiante opération ; le côté gauche, le premier opéré, présente une exubérance du cal qui ulcère les téguments et qui provient sans nul doute de ce que le périoste n'a pu être suturé ; j'excise aux cisailles la saillie du cal ; guérison.

A côté de cette observation, j'en place une qui m'est personnelle et que j'ai recueillie au mois d'octobre dernier avec d'autant plus d'intérêt que je venais de lire le mémoire du D[r] Pluyette. La voici en quelques mots.

OBSERVATION INÉDITE. *Fracture simultanée des deux clavicules.* — Un vigoureux tonnelier de quarante et un ans, Edmond M... entre le 11 octobre 1898 au numéro 37 de la salle Nélaton, à l'hôpital Lariboisière. Le 4 octobre, il a été pris par deux courroies de transmission qui l'ont entraîné violemment la tête en avant jusqu'aux roues sur lesquelles elles tournaient. Ces courroies ont produit tout le long des

cuisses et du tronc quatre longues plaies, deux en avant et deux en arrière, montant jusqu'aux aisselles. Ces plaies ont 7 centimètres de largeur et sont souillées sur toute leur étendue d'une matière noire provenant des courroies : sur leurs bords la peau est parcheminée, par pression excessive. On voit de chaque côté du menton une plaie de même aspect que les précédentes.

De plus, au niveau de l'extrémité inférieure des deux avant-bras, une plaie profonde met à nu le radius et le cubitus qui sont fracturés par écrasement : l'articulation radio-carpienne des deux côtés est largement béante. Le poignet gauche est le plus gravement atteint.

La clavicule droite est fracturée à sa partie moyenne et le fragment externe fait saillie en avant. La clavicule gauche est fracturée à son extrémité interne, à 3 centimètres environ du sternum : les deux fragments font une forte saillie en avant, comme si l'épaule était portée en arrière.

Enfin du côté gauche on trouve une fracture de côte au niveau de la septième sur la ligne axillaire. Des ecchymoses énormes avec des épanchements sanguins sous-cutanés se voient un peu partout sur le tronc.

L'état général du blessé est grave; il est dans un état constant de subdélire et il ne saurait être question d'une intervention chirurgicale quelconque. La dyspnée est assez considérable. On se borne à aseptiser autant qu'on le peut toutes les plaies et à recouvrir le tout d'un vaste pansement humide, Aucun bandage pour les fractures des clavicules qu'on abandonne pour ainsi dire à elles-mêmes.

Ce n'est que le 1er novembre que tout danger semble écarté : toutes les plaies sont détergées et la fièvre est tombée. Enfin, le 10 janvier 1899, au bout de trois mois, le blessé sort parfaitement guéri avec une consolidation complète de ses deux fractures et deux cals volumineux.

Tous les chirurgiens s'accordent à constater la rareté de cette double lésion et M. Pluyette après avoir cité une leçon clinique de la *Semaine médicale*, 1891, où Poirier signale « la grande rareté de la fracture des deux clavicules à la fois », dresse un tableau de tous les faits publiés, venus à sa connaissance. Il en trouve vingt et un, et en ajoutant le fait qu'il publie et le mien, nous arrivons au chiffre de vingt-trois. Je signalerai pourtant une lacune à ce tableau. On peut lire dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1888 (page 995) une note de M. Adrien Pozzi qui analyse trente-huit cas de fracture bilatérale des clavicules, ce qui avec nos deux faits nouveaux porterait à quarante le total des observations publiées. J'imagine même que bien des cas n'ont pas été publiés.

Il est plus intéressant de suivre M. Pluyette dans les conclusions qu'il tire de l'analyse des observations. La première montre comment les hasards de la clinique peuvent fausser l'opinion. Voici

Hamilton par exemple qui nous dit que cette lésion est surtout fréquente chez les enfants et il se trouve que les deux seuls cas connus chez l'enfant sont précisément ceux d'Hamilton. Voici d'ailleurs les résultats de l'examen du tableau de M. Pluyette.

En compulsant les 22 observations que j'ai pu recueillir, 2 fois on ne trouve aucune indication; sur les 20 restantes, l'âge est indiqué 12 fois : 5, 18, 22, 34, 35, 35, 35, 38, 43, 48, 50 et 59 ans; enfin dans les 8 dernières observations il est dit qu'il s'agissait de charretier, menuisier, jockey, employé de chemin de fer, appareilleur, dame, ce qui élimine l'enfance, et 2 fois seulement de jeunes garçons; ce sont justement les 2 observations d'Hamilton. D'après ces faits connus, c'est donc, contrairement à l'opinion de l'écrivain anglais, dans l'âge adulte, entre trente et cinquante ans, qu'on trouve le maximum de fréquence.

Malgaigne, le premier avait indiqué que les fractures simultanées n'avaient pas encore été observées chez la femme, et Polaillon, en possession d'une statistique plus nombreuse, avait confirmé cette manière de voir. Des observations ultérieures sont venues infirmer cette assertion, et j'ai pu en recueillir trois cas (Owen, Pauli, Bardeleben), tous trois empruntés à la littérature étrangère.

On peut dire en réalité que ces fractures se rencontrent surtout chez les sujets les plus exposés aux grands traumatismes, c'est-à-dire chez les hommes adultes.

Le *mécanisme* de ces fractures est très variable et en éliminant cinq cas dans lesquels il n'est pas indiqué, il en reste dix-huit dont sept ont la même pathogénie : une compression transversale du thorax : une pression assez forte pour infléchir les deux clavicules et exagérer leur courbure et assez brusque pour les rompre. C'est ce qui a lieu quand le blessé est pris entre deux wagons ou deux voitures, ou encore entre un mur et une charrette (Cloquet, Carrière, Gouriet, Hurel, Girou, Pagès, Pluyette).

Cinq fois le mécanisme est double, c'est-à-dire que la fracture a lieu par cause directe d'un côté, par cause indirecte de l'autre. Par exemple, un individu reçoit une pièce de bois sur l'épaule (fracture directe), la violence du choc le renverse par terre et en tombant sur l'autre épaule il se fracture la clavicule (fracture indirecte). Ou bien, un individu est jeté à terre (fracture indirecte) et une voiture lui passe sur l'autre épaule (fracture directe). (Reynaud, Dupuytren, Roux, Foucher, Bardeleben).

Deux fois seulement les deux clavicules ont été fracturées directement. C'est un soldat qui pendant la retraite de Moscou, reçoit des coups de crosse de fusil (Gerdy); c'est un ouvrier qui tombe d'un premier étage entre des soliveaux distants de 20 à 30 centi-

mètres; la tête passe sans se contusionner entre les soliveaux et les épaules viennent heurter simultanément les deux pièces de bois (Testut).

Enfin, dans quatre cas, il est dit que les blessés ont fait une chute (Malgaigne, Polaillon, Owen, Adrien Pozzi), sans qu'on puisse préciser le mécanisme : c'est un individu précipité d'une fenêtre par un mari jaloux, c'est un jockey, culbutant avec son cheval, au saut d'un obstacle, etc.

Dans mon observation, il semble qu'il y ait eu choc direct séparément sur chaque clavicule.

La modalité pathogénique variable de cet accident, explique pourquoi le siège de la rupture osseuse n'est pas toujours le même. Tantôt les fractures sont symétriques, tantôt elles sont asymétriques, leur siège ne présente rien de spécial.

Mais par suite de la violence qui amène la double fracture, on conçoit que le chevauchement des fragments est fréquent, de même que leur saillie est considérable. Et de fait, dans toutes les observations un peu détaillées, ces signes sont indiqués. Une seule fois (Roux), il est dit qu'il y avait peu de déplacement.

Comme conséquence de cette double lésion qui rend le blessé absolument impotent, puisqu'il est privé de l'usage de ses membres supérieurs, l'attitude du sujet est très caractéristique, et Malgaigne l'a décrite si magistralement que tous ceux qui ont écrit après lui, lui ont emprunté sa description. Je ferai seulement observer que les épaules sont plus basses et portées en avant, de sorte qu'en arrière les omoplates s'éloignent du rachis pour se porter en dehors; les épaules simulent des ailes qui viendraient en avant recouvrir la poitrine.

Un symptôme important, je dirais volontiers capital, qui a complètement échappé à Malgaigne, c'est la dyspnée. Celle-ci est signalée huit fois sur vingt-trois observations (Reynaud, Polaillon, Foucher, Hurel, Girou, B. Anger, Pluyette). On pourrait l'expliquer par la violence du traumatisme qui, dans nombre de cas, doit forcément se compliquer de contusions thoraciques ou d'inflammation broncho-pulmonaire; mais Hurel, dans sa thèse sur les fractures de la clavicule, en donne une autre explication, qui est tout au moins rationnelle puisqu'elle repose sur nos connaissances physiologiques.

D'après cet auteur, la dyspnée tient d'une part à la pesanteur des deux membres supérieurs qui pèsent de tout leur poids sur le thorax, et d'autre part aux muscles inspirateurs dont le point d'appui ne présente plus de résistance.

M. Pluyette n'a trouvé qu'un cas de mort.

Au point de vue de la consolidation, les réflexions sont intéressantes :

Malgaigne, dans les six cas qu'il a pu rassembler, a eu la malchance d'en rencontrer trois qui ne se sont pas consolidés, soit 50 p. 100 de non-consolidations ; aussi, cet auteur en a-t-il exagéré l'influence ; mais, par la lecture des observations, on verra que ce sont les seuls que j'aie trouvés, ce qui ramène la non-consolidation à 14.28 p. 100 si l'on élimine le cas de mort dû vraisemblablement à l'alcoolisme, et à 9.09 p. 100 si ou le compte comme non-consolidation. Toutefois, si l'on admet avec les auteurs des traités classiques, que la consolidation d'une fracture de la clavicule s'opère en vingt-cinq jours environ, il paraît y avoir un léger retard dans les fractures simultanées. Elle n'eut lieu que le 30[e] jour, dans le cas d'Owen ; le 30[e] et 45[e] jour, dans le cas de Reynaud ; le 36[e] jour, chez les malades de Cloquet et Foucher ; le 37[e] jour, chez le blessé d'Hurel ; le 39[e] jour, dans le cas de Gouriet ; mais, par contre, elle était complète le 20[e] jour chez le malade de Carrière.

Je remarque pourtant que dans l'observation d'Adrien Pozzi qui a échappé aux recherches de M. Pluyette, il s'agit d'un vieillard de soixante-six ans ; les deux fractures étaient incomplètes, ce qui est une condition favorable pour la consolidation rapide, et cependant il est noté qu'il y avait absence de consolidation. C'est donc un fait à retenir, d'autant que dans ce cas, la lésion était, non seulement bilatérale, mais symétrique.

Je ne suivrai pas M. Pluyette dans l'énumération de tous les traitements mis en œuvre et j'arrive tout de suite à la suture osseuse qui a ses préférences. Ici encore je lui laisse la parole pour discuter en terminant ses conclusions :

« Aujourd'hui que, grâce à la suture osseuse, la thérapeutique est entrée dans une voie nouvelle, il me semble difficile d'admettre qu'on puisse discuter le traitement. La suture osseuse s'impose parce que dans la majorité des cas les fragments chevauchent et sont difficilement maintenus en contact, parce que, en raison de la double lésion, l'impotence du blessé est complète. Une autre raison qui nécessite presque impérieusement la suture, c'est la fréquence relative des pseudarthroses que j'ai signalées. Poirier qui, dès 1891, a préconisé la suture osseuse pense que ce mode de traitement est le seul qui en assurant une fixité aux muscles inspirateurs, soit capable de faire cesser la dyspnée. Quoi qu'il en soit, j'ai été le premier, non pas à la conseiller, mais à l'appliquer dans les fractures simultanées des deux côtés.

« A quel moment faut-il intervenir ? le plus tôt possible, c'est-à-dire, le deuxième ou le troisième jour, car il y a tout bénéfice à

affronter solidement les fragments; il n'y a d'exception qu'en présence de complications, comme dans mon observation, où l'état général d'une part, l'emphysème sous-cutané de l'autre, retiennent la main du chirurgien.

« Faut-il opérer les deux côtés en même temps? Ici, je suis plus perplexe; *a priori*, si rien ne s'y oppose, il semblerait qu'on dût ne faire qu'une seule intervention, mais ce que j'ai vu m'engage plutôt à pratiquer deux interventions espacées de quelques jours. Si l'on se rappelle quelle immobilité on exige d'un individu qu'on vient de suturer, on comprendra tout ce qu'aura de pénible pour le blessé cet emmaillotement complet du thorax, cette difficulté de le mouvoir à propos de tous les besoins de la vie, tels que le faire manger, l'asseoir, lui passer un vase plat, etc. Aussi, suis-je plus porté à conseiller deux interventions successives, à une semaine d'intervalle. »

Je désire relever deux points de pratique fort importants dans ces conclusions. Tout en le félicitant d'abord du succès de sa double intervention chez son malade, je ne partage pas son enthousiasme pour la suture osseuse appliquée à tous les cas. Il ne faut pas oublier que la fracture bilatérale des clavicules est en général consécutive à de grands traumatismes : je note dans le tableau, des « éboulements », des « pressions entre deux wagons », des « écrasements » etc... et souvent comme dans mon observation, il y a des plaies, des fractures de côtes et autres lésions. Je me demande s'il est bien prudent en pareil cas de faire dès le deuxième ou le troisième jour une suture osseuse. Il est bien entendu que si la fracture ne se consolide pas ultérieurement, l'opération sera de règle. De même si un cal vicieux comprime un nerf ou les vaisseaux. Mais faut-il d'emblée intervenir toujours, comme le recommande M. Pluyette? Je répondrai en faisant une réserve qui doit s'appliquer à presque tous les cas : il faut, suivant moi, tenir grand compte de l'état général du blessé qui a le plus souvent des lésions multiples. Je fais cette réserve d'autant plus volontiers que d'après le tableau de M. Pluyette, il n'y a eu que trois fois des non-consolidations : et cependant, son blessé est le seul sur 23 qui ait eu les clavicules suturées. Les 19 autres ont parfaitement guéri, sauf un qui est mort au quatrième jour : et cependant 5 n'eurent aucun appareil et les 13 autres n'en eurent guère, puisqu'on se borna à mettre « un oreiller sous chaque aisselle », « un coussin sous les aisselles », « un oreiller entre les omoplates », « une écharpe de Mayor », « un bandage de corps », etc.

En somme, j'approuve la conduite de M. Pluyette pour son cas particulier, mais je crois que dans la majorité des cas, la violence

du traumatisme, commune en pareil cas, aura produit des lésions concomitantes qui seront une contre-indication à l'opération immédiate.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Pluyette quand il nous dit qu'il faut « espacer les deux interventions de quelques jours ». J'avoue que si je me décidais à faire la suture osseuse, je la ferais dans une même séance des deux côtés. M. Pluyette redoute « un emmaillotement complet du thorax »; mais je crois bien que l'emmaillotement sera aussi complet et aussi gênant pour une seule suture que pour la suture des deux côtés en même temps. Je ne saurais donc souscrire à cette conclusion de M. Pluyette qu'il faut faire « deux interventions successives à une semaine d'intervalle », et je me résume en disant que j'opérerai moins souvent que M. Pluyette ne le conseille, mais que dans ces cas-là je ferai la suture des deux côtés dans la même séance.

Je vous propose, messieurs, d'adresser à M. le Dr Pluyette (de Marseille) nos remerciements pour son travail très étudié et de l'inscrire en bonne place sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Imperforation ano-rectale d'abord traitée par le procédé du trocart; anus artificiel au 50e jour, par M. le Dr Delanglade, professeur suppléant à l'école de médecine de Marseille.

M. BROCA, rapporteur.

M. le Dr Delanglade nous a envoyé une observation dont voici le résumé :

Le 16 juillet 1897 on lui apporta, au Dispensaire des Enfants Malades, un garçon de cinquante jours, qui était né avec l'anus imperforé, sans que rien dans l'hérédité pût expliquer cette malformation. On commença par ne pas s'occuper de l'absence de méconium, et au quatrième jour seulement, comme étaient survenus des vomissements et du météorisme, comme l'enfant avait toujours refusé de téter, le médecin se décida à intervenir.

Le cas, je le reconnais, est de ceux où on est excusable de ne pas porter le diagnostic *immédiat :* l'anus, en effet, était extérieurement bien conformé, et dès lors, même si, selon la règle absolue, on avait regardé, sitôt après la naissance, la région ano-périnéale, on aurait été excusable de méconnaître un vice de conformation

profond, que rien à l'extérieur ne faisait prévoir. L'oblitération, en effet, portait à 3 centimètres au-dessus de la marge de l'anus.

Mais attendre quatre jours avant de mettre le petit doigt dans l'anus d'un nouveau-né qui ne rend pas de méconium, vomit, ne tette pas et se ballonne! C'est d'une ignorance énorme et malheureusement encore trop fréquente, malgré le précepte formel et depuis longtemps classique, de toujours pratiquer cette exploration quand, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant n'a pas rendu de méconium. La précocité de l'intervention est, en effet, un élément capital de succès, malgré quelques observations où l'opéré a guéri après un délai invraisemblable.

De ce délai, dans le cas particulier, il semble bien qu'une sage-femme soit aussi coupable qu'un médecin. Mais notre confrère doit être rendu responsable de la suite : je le dis avec d'autant plus d'impartialité que j'ignore jusqu'à son nom.

Ce que je sais, c'est qu'il a employé l'abominable procédé du trocart pour mettre en perce son imperforé; et en outre, il ne l'a employé que le lendemain de son exploration. Or, le procédé du trocart est aujourd'hui unanimement et justement condamné. Toujours on doit aller, par une incision périnéale méthodique, à la recherche de l'ampoule qu'il faut abaisser et suturer à la peau. Un aveugle coup de trocart trop souvent manque l'ampoule, ou ne l'atteint qu'à travers le péritoine. Ces accidents, sans doute, sont parfois évités, sans que l'opérateur en puisse être félicité, car il n'y est pour rien. Mais lorsque, pour le premier jour, le hasard a bien fait les choses, le patient n'est pas au bout de ses peines, et le résultat définitif est mauvais.

Écoutez plutôt l'histoire du malade dont nous parle M. Delanglade.

Au coup de trocart, immédiatement s'échappa une quantité énorme de méconium, un plein saladier, paraît-il (nous sommes à Marseille), et, le jour même, l'enfant se met à téter. Mais, dès le jour suivant, les matières ne passent plus, et cela dure ainsi vingt-deux jours, les évacuations se reproduisant seulement sous forme de vomissements fécaloïdes répétés plusieurs fois par jour. Au niveau de l'anus, de temps à autre, une tache jaune : mais c'est du pus et pas autre chose. Au bout de vingt-deux jours, le trajet redevient spontanément perméable et pendant quatre jours les matières passent et les vomissements diminuent. Mais ce fut passager; depuis dix-neuf jours, l'oblitération s'était reproduite complète, les vomissements étaient incessants, l'état général s'aggravait de jour en jour, lorsque l'enfant fut présenté à M. Delanglade.

L'enfant paraissait mourant : tête, cou, thorax et membres étaient dans un état de maigreur effrayant. Seul le ventre était

énorme et littéralement tendu à éclater. Les fausses côtes étaient extrêmement soulevées, la respiration anxieuse et précipitée, les extrémités froides et bleues, le pouls imperceptible. L'orifice anal est tout petit. En arrière de lui et en avant du coccyx, deux petits points déprimés, d'aspect cicatriciel. La fosse ischio-rectale droite bombe fortement : ses téguments sont légèrement rosés. En appuyant un peu à sa surface, on fait sourdre du pus par l'anus. L'index, introduit dans cet orifice, ne pénètre pas au delà de la première phalange; il est arrêté par une sensation de résistance très marquée.

Une opération était sans doute désespérée, mais il fallait l'entreprendre, et l'événement démontra que cette décision n'avait rien de trop audacieux. Mais quelle voie choisir pour rétablir le cours des matières? En raison du phlegmon de la fosse ischio-rectale, M. Delanglade se décida avec raison pour l'anus contre nature, quitte à reprendre la voie périnéale si l'enfant guérissait.

Sans anesthésie, naturellement, l'incision iliaque classique est donc pratiquée; mais à peine le péritoine est-il ouvert qu'un paquet volumineux d'anses intestinales fait hernie. Elles sont distendues au maximum par des gaz, leur couleur est rougeâtre, leur surface dépolie est recouverte par places d'un exsudat grisâtre, léger et peu adhérent. Après de vains essais de réduction et devant la dépression extrême de l'enfant, M. Delanglade incise le bord libre de l'intestin sur deux centimètres environ : les gaz s'échappent avec force et les anses s'affaissent rapidement; une pince est appliquée sur l'ouverture intestinale et la réduction, après toilette, du reste de l'intestin devient facile. Quoique incertain que l'entérotomie ait porté sur l'S iliaque, l'opérateur se décide, pour gagner du temps, à y établir l'anus contre nature. Il ne s'écoula qu'une quantité insignifiante de matières.

L'enfant était presque syncopé et on eut grand'peine à le ranimer quelque peu. Cependant, on le rapporta le lendemain à la visite du matin; il était resté en état de choc jusque vers minuit, puis s'était définitivement réchauffé, avait tété et n'avait plus vomi. Il est souillé des pieds à la tête par des matières de bon aspect ressemblant à des œufs brouillés. Le pouls est aisément perceptible, et M. Delanglade profite de l'amélioration de l'état général pour inciser et drainer l'abcès ischio-rectal, ce qu'il n'avait osé faire la veille, tellement l'enfant se trouvait en état de choc.

Au sixième jour, les fils sont retirés, réunion complète. L'abcès périnéal est presque cicatrisé.

On faillit obtenir un succès définitif : mais deux mois plus tard, l'enfant a succombé à la campagne. L'autopsie n'a pas été faite,

on n'a pu avoir sur ses dernières semaines et les accidents terminaux que des renseignements extrêmement vagues : on a parlé de bronchite (?).

Au cours de son opération, M. Delanglade a été particulièrement frappé par les difficultés qu'a engendrées le météorisme : l'anus de Littre fut très laborieusement établi, en raison de la hernie des anses distendues et impossibles à réduire. Si bien que l'entérotomie préalable fut indispensable : et l'on comprend combien cette manœuvre augmente les chances d'infection péritonéale. De plus, chez le nouveau-né, il est bien difficile de distinguer l'S iliaque des anses grêles voisines. D'après l'évolution post-opératoire, M. Delanglade croit qu'il avait bien ouvert le côlon, et je suis de son avis, mais il admet que c'est plutôt par chance.

Aussi s'est-il demandé s'il ne vaudrait pas mieux, en l'occurrence, recourir à l'anus lombaire de Callisen. Pour son compte personnel, c'est un peu l'esprit de l'escalier — et, comme son malade a guéri, on ne peut même pas lui en faire une légère critique. Il documente son opinion par quelques recherches faites sur des cadavres de nouveau-nés et de fœtus à terme et par la connaissance du succès durable de Morrant Baker dans un cas analogue au sien : anus lombaire exécuté sur un enfant entièrement épuisé au dix-neuvième jour, avec météorisme intense, vomissements fréquents, etc., guérison persistant plus de trois ans plus tard.

Les faits anatomiques démontreront peut-être que chez le nouveau-né et sur l'intestin météorisé, l'anus lombaire sera facile à exécuter correctement, mais les faits cliniques sont encore trop rares pour nous permettre de porter un jugement : et j'espère qu'ils le resteront, car pour les cas habituels, si l'on intervient à temps et correctement, la voie périnéale est seule à préconiser ; et quand l'obstacle est trop haut situé pour pouvoir être ainsi atteint, il est indispensable d'ouvrir le ventre pour voir où est l'ampoule terminale, qui peut fort bien ne pas porter sur l'S iliaque.

Mais il est utile de savoir comment se comporter pour rectifier une erreur dont personnellement on n'est pas responsable et nous devons, je crois, féliciter M. Delanglade, de s'être habilement tiré d'un cas si hasardeux.

Présentations de malades.

Tétanos guéri,
à la suite d'injections sous-cutanées de sérum.

M. Quénu. Je présente un malade guéri de tétanos à la suite d'injections sous-cutanées de sérum antitétanique, sans vouloir du reste tirer de ce fait aucune conclusion, jugeant qu'à l'heure actuelle nous devons nous borner à accumuler les faits.

Mon malade, âgé de soixante-neuf ans, était porteur d'un ulcère variqueux des deux jambes depuis six ans. L'infection tétanique se manifesta pour la première fois le 1er avril par de la gêne dans la mastication. Le 8, il entra dans mon service, présentant du trismus, de l'opisthotonos et des crampes dans la jambe gauche. Température, 36°2; pouls, 80; urines, 450 grammes.

Les injections de sérum antitétanique furent commencées le 9 à la dose de 10 centimètres cubes, et répétées les 10, 11 et 12 avril; on y ajouta des lavements chloralés; les plaies des jambes furent pansées à l'eau oxygénée. Dès le 13, on supprime tout traitement. Néanmoins le 20, on fit une nouvelle injection de 60 centimètres cubes de sérum antitétanique; les contractures ont complètement disparu à la fin de la troisième semaine.

M. Schwartz. — J'ai eu l'occasion, voilà 4 ou 5 ans, de voir deux cas de tétanos, un enfant et un adulte atteints de tétanos chronique, c'est-à-dire ayant débuté 15 jours après la blessure, guéris tous les deux; nous avons attribué cette guérison aux injections. Je ne vois plus à Cochin de tétanos, peut-être parce que je fais des injections préventives.

M. Monod. — Je crois que les injections sous-cutanées ne sont utiles que préventivement.

M. Quénu — Je ne veux tirer aucune conclusion. Je dis dans ma présentation : guéri à la suite d'injections sous-cutanées; et pas autre chose. Les bactériologistes de l'institut Pasteur n'ont pas de doctrines très absolues, puisqu'ils conseillent eux-mêmes les injections sous-cutanées après que le tétanos s'est déclaré.

M. Berger. — On fait ces injections avec un grand scepticisme. M. Roux me disait dernièrement : « Nous allons faire ces injections, et la malade guérira, car le tétanos est chronique », la malade est morte. Le nombre des insuccès est colossal. En France, ces in-

jections n'ont pas donné les mêmes résultats qu'en Allemagne et en Italie.

M. Monod. — L'opinion de Nocard est formelle. On supprime le tétanos chez les chevaux en faisant des injections préventives.

M. Bazy. — L'action préventive des injections sous-cutanées de sérum antitétanique n'est pas niable.

Quand, m'inspirant des travaux de M. Nocard, je suis venu soutenir ici la nécessité de l'injection préventive de sérum antitétanique dans toutes les plaies des extrémités, j'ai rencontré chez quelques-uns de nos collègues un scepticisme qui n'a pas duré longtemps heureusement, et aujourd'hui ces idées sont acceptées.

Devons-nous admettre l'action curative de ce même sérum dans les cas de tétanos confirmé. Il semble que non. Pour mon compte, j'ai eu à soigner l'an dernier un jeune homme, auquel j'ai déjà fait allusion

Ce jeune homme, à la suite d'une plaie de la main, avait un tétanos très net, caractérisé par du trismus, du rire sardonique, avec légère dysphagie, raideur de la nuque et du dos, raideur des bras. Je songeai au sérum antitétanique, en même temps que le jeune médecin fort distingué qui le soignait ; mais n'oubliant pas que les seuls cas de guérison qui avaient été obtenus l'ont été par les amputations, par le chloral à haute dose, je résolus d'employer concuremment avec le sérum ce médicament.

A l'instigation de M. Roux qui avait constaté sur les lapins l'influence nocive de l'association du sérum et du chloral, mon confrère crut devoir, malgré moi, diminuer beaucoup le chloral. L'aggravation des contractures le convainquit bientôt de l'action bienfaisante du chloral : il recommença les doses élevées, les contractures diminuèrént. Le malade a guéri. Eût-il guéri seul? Eût-il guéri par le sérum seul? Je ne le pense pas. L'aggravation du mal à la suite de la diminution du chloral et l'amélioration par la reprise du médicament me semblent démontrer l'efficacité de la médication chloralée et l'insuffiaance du sérum.

M. Loison présente un malade atteint d'un *ostéome du brachial antérieur consécutif à une luxation*. M. Monod, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 14 JUIN 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une thèse du Dr Fouquet, sur un *Nouveau traitement de l'incontinence d'urine chez la femme;*

3° Un travail de M. Ribeiro, professeur de pédiatrie à Rio-de-Janeiro, *Redressement des cyphotiques.*

A propos de la correspondance.

M. Monod. — Notre collègue, M. Auguste Reverdin, me prie de vous communiquer l'observation suivante qu'il nous envoie à l'occasion de celle que j'ai présentée ici.

Ostéome traumatique du brachial antérieur.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans qui avait reçu, à la partie antérieure du bras, un violent coup de genou d'un cheval qu'il faisait ferrer. Quatre semaines plus tard, le blessé éprouve de la difficulté à étendre l'avant-bras et remarque une dureté dans la région contusionnée.

M. Reverdin, consulté, constate une tumeur de dureté osseuse allongée sur l'humérus et paraissant faire corps avec lui.

M. Reverdin diagnostique une exostose et conseille de la faire enlever si la gêne et les douleurs persistent.

Deux mois plus tard, c'est-à-dire trois mois environ après l'accident, le malade est revu : la tumeur a diminué de moitié ; elle est notablement moins dure et les mouvements deviennent de jour en jour plus aisés. M. Reverdin continue donc à s'abstenir de toute intervention, comptant que la guérison s'achèvera d'elle-même.

M. Reverdin joint à sa communication la radiographie du bras de son malade.

Discussion

Cure chirurgicale des hémorroïdes (suite.)

M. Schwartz. — La communication de notre collègue Monod a rappelé l'attention de la Société de Chirurgie sur le traitement des hémorroïdes. Elle a amené l'intéressant plaidoyer de notre collègue Quénu pour l'opération de Whitehead.

Comme c'est une question de pratique journalière, il est bon que chacun y apporte sa contribution et c'est à ce titre que je vous demanderai la permission de vous exposer aussi le résultat de mon expérience. Je l'ai d'ailleurs résumée dans un article récent paru dans la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* (22 avril 1899), auquel notre collègue Monod a bien voulu faire allusion dans son mémoire.

Comme l'a si bien dit notre collègue Quénu, les malades viennent nous consulter, soit pour des hémorroïdes gênantes, soit pour des hémorroïdes donnant lieu à des accidents; nous avons surtout en vue les hémorroïdes internes.

Les hémorroïdes sont gênantes par leur procidence facile ou presque constante, par la leucorrhée, par le prolapsus de la muqueuse qui les accompagne.

Elles peuvent être douloureuses, avec ou sans fissures, saignantes, enflammées, étranglées.

Lorsque les hémorroïdes sont petites, qu'il y en a 2 ou 3 grappes ou un bourrelet même circulaire peu volumineux, la dilatation anale avec le spéculum de Trélat après cocaïnisation de la région, puis l'ignipuncture, constituent pour moi la méthode de choix. Grâce à la combinaison de la cocaïne et du chloréthyle, les malades souffrent peu ou pas de l'opération; ils ne souffrent pas après, lorsqu'on emploie, comme je le fais, une vaseline cocaïnée au 1/50 ou encore de la vaseline à l'orthoforme à 1/30 comme depuis quelque temps.

Lorsqu'on a la précaution de faire l'ignipuncture avec la pointe ou le couteau au rouge sombre et de presque éteindre le thermocautère en le sortant lentement de l'hémorroïde touchée, il n'y a aucune hémorragie immédiate.

Jamais, sur la centaine d'ignipunctures que j'ai relevées dans nos cahiers d'observations, depuis 1889, je n'ai eu d'hémorragies secondaires, jamais d'accidents d'aucune nature. Je resterai donc pour cette catégorie d'hémorroïdes le partisan de cette méthode qui ne m'a jamais donné aucun déboire et a parfaitement guéri nos opérés.

Si je relève la durée du séjour à l'hôpital pour ceux qui ont été

hospitalisés, je trouve une moyenne de quinze jours environ, durée qui ne dépasse pas grandement celle des meilleurs résultats par l'excision sanglante.

Lorsque les hémorroïdes sont bien pédiculées, il m'est arrivé plus d'une fois de les abraser en totalité, en jetant un fil sur le pédicule, combinant de la sorte l'ignipuncture simple avec l'ablation. Lorsque l'opération paraît devoir être un peu conséquente, je n'hésite pas à faire l'anesthésie générale au lieu de la locale. Lorsque les hémorroïdes sont volumineuses, constituent de grosses tumeurs procidentes, j'avais jusqu'il y a deux ans employé pour leur cure le procédé de la volatilisation de Richet. C'est certainement une exellente opération, qui ne m'a donné que des succès opératoires et thérapeutiques. Toutefois, elle est impossible sans faire l'anesthésie générale, elle exige pour la guérison du malade des semaines, elle donne assez souvent lieu à des rétentions d'urine tenaces, dans un cas dix-huit jours, dans un autre douze jours; je l'ai pratiquée une douzaine de fois. Séduit par l'excision sanglante, je l'ai employée cinq fois depuis deux ans environ.

J'ai pratiqué l'opération typique de Whitehead : j'ai eu cinq succès, c'est-à-dire cinq réunions immédiates; il s'agissait une fois d'une véritable dégénérescence caverneuse de la muqueuse avec hémorragies très abondantes, la forme nœvoïde des Anglais, trois fois de très volumineuses hémorroïdes, une fois d'une très grosse hémorroïde très douloureuse localisée dans un des quadrants de l'anus. Mon interne, M. Jacomet, l'a pratiquée quatre fois avec de bons résultats immédiats et lointains.

A mon avis, l'excision sanglante est une très bonne opération, mais je renouvelle ici les réflexions qu'elle m'a suggérées; elle guérit vite et bien, mais à la condition d'avoir la réunion de la muqueuse à la peau et il faut pour cela des conditions d'asepsie et d'antisepsie pas toujours faciles à réaliser.

L'opération est vraiment difficile à bien réussir, elle est longue et minutieuse, elle s'est accompagnée dans trois au moins de nos cas d'une perte de sang notable, considérations qui sont à envisager quand il s'agit d'un individu affaibli ou anémié. Tout en étant par conséquent disposé à la pratiquer, je ne la réserverai que pour les cas où la volatilisation me semblerait indiquée, conservant cette dernière pour des hémorroïdes infectées, ulcérées ou enflammées.

En somme, je reste partisan de l'ignipuncture après dilatation pour les cas ordinaires, en la combinant avec l'ablation partielle, sanglante ou thermique, suivant les cas. Je ne m'associe pas au reproche qu'on a fait à cette intervention d'être très douloureuse, ensuite de ne pas guérir le prolapsus. Ce dernier disparaît ou est si peu de chose que les opérés n'en sont nullement incommodés

Je réserve l'excision sanglante, circonférentielle ou partielle, aux cas de bourrelets très volumineux et la volatilisation de Richet aux grosses hémorroïdes infectées.

M. Delorme. — Je regrette de ne pouvoir partager l'opinion de notre collègue M. Monod, sur les inconvénients de l'excision circulaire de la muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum dans le traitement des hémorroïdes et, il me permettra de le lui dire, j'ai été surpris de le voir, sans la moindre expérience personnelle, jeter quelque défaveur sur une méthode qui, depuis l'année 1892, a fait, chez nous, ses preuves, dont l'emploi s'est très étendu et qui, dans les cas où elle est applicable, est réellement excellente. Il est vraisemblable que le revirement de notre collègue M. Quénu, qui tout d'abord s'en était montré l'adversaire, qui avait cru devoir la modifier et qui en arrive à chaleureusement recommander le procédé primitif du chirurgien anglais, servira à éclairer M. Monod et le fera revenir sur sa première opinion.

Sans doute cette méthode comporte quelques aléas, mais quelle méthode n'a pas les siens? En tous cas, ils ne sont pas tels qu'ils puissent détourner le chirurgien d'y recourir quand, avec un peu d'attention pendant l'opération et un traitement consécutif approprié et facile à appliquer, il est sûr d'obtenir un résultat satisfaisant.

Je reste toujours attaché à la dilatation du sphincter par les doigts, à la section faite juste à la réunion de la peau et de la muqueuse, section en deux temps, en commençant par la demi-circonférence inférieure, pour n'être pas gêné par le sang. Le sphincter est dégagé expressément sur son bord interne, non sur son bord externe, ce qui est déplorable, ou sur sa surface extérieure, ce qui ne l'est guère moins. Ce sphincter est dégagé avec la sonde cannelée ou l'extrémité mousse de ciseaux, avec le plus grand soin, sans entamer aucune de ses fibres, et le manchon muqueux est séparé avec l'ongle ou les mêmes instruments mousses jusqu'à la limite de la muqueuse saine, laquelle limite est reconnaissable à une coloration rosée, tranchant sur la partie bleuâtre, veineuse, du segment malade.

Les quatre fils d'attente de réserve en U, à nœud extérieur (pour les enlever plus aisément), qui assujettissent la peau et la muqueuse après formation des ailerons donnent à l'opérateur une grande sécurité. Ils contribuent, après la chute spontanée et parfois rapide de quelques fils à points passés, surtout chez des malades indociles, à prévenir toute ascension rectale. Je tiens beaucoup à ce détail opératoire qui a son importance.

L'opération faite, je n'applique plus de pansement interne, je

me contente de placer au niveau de l'anus une compresse de gaze iodoformée, quelques compresses de gaze antiseptique ou aseptique froissées, un pansement ouaté; j'assujettis les deux genoux entourés d'ouate pour éviter, pendant les mouvements d'abduction des membres inférieurs, toute traction exercée sur les sutures et je constipe le malade pendant dix à douze jours avec une potion laudanisée à 40 gouttes pendant deux jours, à 30 gouttes pour les jours suivants. On ne peut guère être assuré que le bord rectal tienne à la peau s'il est sollicité par l'effort de défécation au bout de quelques jours.

La première selle peut être difficile, mais c'est un mince inconvénient à côté des avantages de la constipation.

Le seul temps délicat de l'opération est la conservation du sphincter un peu dilacéré par la dilatation et masqué par le sang, mais en suivant bien son bord interne, dans le segment supérieur de la plaie où le sang le masque moins, sa conservation si précieuse n'est pas compromise. Elle ne réclame qu'un peu d'attention.

Quelque partisan que je sois de ce mode opératoire si régulier, je ne l'ai pas employé dans des cas où il n'était pas indiqué, c'est-à-dire pour des hémorroïdes se présentant sous forme de petits bourrelets bien limités avec muqueuse saine dans l'intervalle et je l'ai toujours réservé aux hémorroïdes internes ou externes totales, volumineuses, dans lesquelles de gros bourrelets, généralement au nombre de quatre, reposent sur une sorte de tissu angiomateux, ou encore dans les hémorroïdes compliquées de prolapsus, de laxité très exagérée de la muqueuse, complication relativement fréquente des grosses hémorroïdes.

Dans ces conditions, l'excision rectale me paraît constituer la méthode de choix; elle donne des résultats excellents et me semble mériter la place qu'elle a acquise en France depuis 1892, moment où j'ai appelé sur elle l'attention de la Société de chirurgie.

M. Picqué. — La discussion qui s'est élevée récemment à propos de la communication de notre collègue, M. Monod, montre qu'il existe encore bien des divergences entre nous sur le traitement des hémorroïdes.

Le moment me paraît donc opportun de venir, après plusieurs de nos distingués collègues, vous apporter le résultat de mon expérience personnelle.

Deux points ont été successivement envisagés :

1° La valeur de la méthode sanglante comparée à celle de la cautérisation.

2° Le choix du procédé opératoire.

J'ai été, comme beaucoup d'autres, partisan de la cautérisation,

que j'avais apprise de mon vénéré maître, M. Richet. Si j'ai renoncé à cette méthode à laquelle j'ai dû cependant de nombreux succès définitifs, c'est que j'ai été frappé de la plus grande rapidité de la guérison après l'intervention sanglante, de l'efficacité plus réelle de cette dernière dans toutes les variétés d'hémorroïdes et de la plus grande sécurité qu'elle me donne contre les récidives.

Ce sont les trois raisons qui m'ont engagé à renoncer aux anciennes méthodes.

Notre collègue Quénu a dit excellemment qu'il fallait tenir grand compte des variétés spéciales d'hémorroïdes contre lesquelles on était appelé à intervenir.

L'on peut affirmer, qu'à la cautérisation, surtout à l'ignipuncture, doivent échapper un certain nombre de ces variétés.

Toutes, au contraire, sont justiciables de la méthode sanglante, qui est bien réellement la seule opération radicale.

Parmi ces variétés, il en est de peu d'importance, caractérisées par des bourrelets peu volumineux fournissant une petite quantité de sang, justiciables, à la rigueur, d'un traitement hygiénique, mais qui affectent les malades et auxquelles on peut appliquer l'ignipuncture qui a été préconisée dans la dernière séance.

Ce matin même, j'ai eu l'occasion d'intervenir de cette façon chez un de nos confrères, qui se trouvait très affecté de cette infirmité, qui redoutait beaucoup le chloroforme, et auquel je crois avoir rendu un réel service, en utilisant l'ignipuncture qui amènera une guérison rapide, et, j'espère, définitive de la lésion.

Mais dans les conditions ordinaires de la pratique, quand il existe, comme j'en ai rapporté des cas dans la thèse de mon élève Ané (*Thèse de doct.*, 1897), de volumineux bourrelets procidents, donnant lieu, au moindre effort de défécation, à des hémorragies profuses, compliquées parfois de rectite ulcéreuse, douloureuse, et accompagnée d'écoulements plus ou moins abondants, je pense que la cautérisation et surtout l'ignipuncture sont notoirement insuffisantes, que cette dernière peut même provoquer des hémorragies abondantes et que l'extirpation seule leur est applicable.

Ces tumeurs doivent à mon sens être assimilées aux tumeurs vasculaires des membres. La même thérapeutique leur est applicable. Au nombre des indications de la méthode, je place également, contrairement, à quelques-uns de nos collègues, le sphacèle des bourrelets. Dans ces cas, j'ai obtenu d'excellents résultats et je crois qu'on n'a rien à redouter de l'opération sanglante.

Si l'on admet avec moi la supériorité de la méthode sanglante, on peut discuter à bon droit sur le choix du procédé.

MM. Monod et Reclus nous ont exposé des procédés qui ont fourni entre leurs mains d'excellents résultats.

Pour ma part, je reste convaincu de la supériorité du procédé du chirurgien de Manchester, auquel j'ai fait subir quelques modifications exposées dans la thèse d'Ané.

Je crois qu'aux procédés ingénieux qui nous ont été exposés on peut faire le sérieux reproche : 1° de laisser des varicosités peu développées qui peuvent dans la suite être le point de départ d'une récidive; 2° de respecter une muqueuse souvent ulcérée, soit au-dessus, soit au niveau des bourrelets hémorroïdaires.

Pour ces deux motifs, je pense que la résection de la muqueuse doit être la règle si l'on veut obtenir une guérison définitive.

C'est pourquoi j'ai conservé le procédé de Withehead, en poussant très loin le décollement de la muqueuse pour éviter le tiraillement exercé sur les fils.

Je ne veux pas reproduire devant vous tous les détails de mon procédé qui se trouve exposé non seulement dans la thèse d'Ané, mais dans une leçon publiée dans la *Semaine médicale* (15 juin 1898)

Je tiens à insister, comme M. Quénu, sur la nécéssité d'une antisepsie rigoureuse dont la difficulté d'application a pu parfois dans certains milieux retarder la généralisation de la méthode sanglante.

Au moment de la publication de ma leçon, j'avais opéré 18 malades par ce procédé (dont 12 relatés dans la thèse d'Ané et 6 postérieurs à cette thèse). Depuis cette époque, je trouve dans mon registre d'hôpital, de 1898, 2 autres cas, sous les n°s 234 et 446, 1 cas sur mon registre de 1899, n° 21, 2 cas de la ville, dont un médecin opéré il y a un mois, soit 23 cas en tout, auxquels je dois cependant ajouter un fait qui vous a été communiqué il y a quelques mois, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, par le Dr Billot, médecin-major à l'hôpital Saint-Martin, et sur lequel vous m'avez chargé de faire un rapport.

Il s'agissait d'un jeune soldat du 162e d'infanterie, présentant un énorme bourrelet hémorroïdal remontant à cinq années.

L'opération fut pratiquée le 16 février 1898, par le procédé que notre collègue m'avait vu appliquer à l'hôpital Dubois.

La résection du rectum fut faite sur une hauteur de 6 centimètres; le 11e jour, la réunion immédiate était obtenue.

Dans tous les cas, soit 24, la réunion s'est faite en 8 jours en moyenne, 12 ou 13 jours au maximum; 3 fois seulement il s'est produit un petit accroc à la cicatrisation : dans un des cas, le malade fut pris de diarrhée, 2 fils coupèrent.

Dans les deux autres, un peu de sphacèle des bords de la plaie fut la conséquence d'une striction un peu forte. La guérison fut retardée dans les 3 cas de quelques jours, mais se fit dans d'excellentes conditions.

Comme complication post-opératoire, nous devons signaler

2 cas de rétention passagère d'urine et 4 cas de coprostase qui a amené 2 fois de la diarrhée, 2 fois des douleurs pelviennes assez intenses. Il a suffi de la fragmentation des matières pour amener la cessation des accidents.

M. Pierre Delbet. — Ce qui m'a le plus surpris, je l'avoue, dans cette discussion sur les hémorroïdes, c'est le retour offensif du thermocautère

Ainsi, ni les progrès de l'hémostase, ni l'antiseptie n'ont réussi à détrôner cet instrument. On aurait pu le croire relégué à un rôle purement médical, mais non, son ère chirurgicale est encore ouverte. Voyons donc s'il a droit à tant d'honneur.

Le thermocautère est employé de manières différentes : comme moyen de destruction, comme moyen d'exérèse, comme agent modificateur. — C'est comme moyen de destruction que l'employait Richet dans la méthode de la volatilisation. C'est un moyen d'exérèse dans les mains de ceux qui l'utilisent pour sectionner les hémorroïdes préalablement saisies dans un clamp. — C'est comme agent modificateur que s'en servent ceux qui pratiquent l'ignipuncture.

Envisageons d'abord le fer rouge comme moyen d'exérèse ou de destruction. Tout le monde s'accorde à reconnaître que c'est un instrument d'exérèse très médiocre. Son action est lente; en escarrifiant les tissus, il leur donne un aspect uniforme qui les rend difficilement reconnaissables. Il rend difficile, sinon impossible la réunion par première intention. Pourquoi donc l'a-t-on employé? Pourquoi le thermocautère a-t-il joui à un moment de la vogue que l'on sait? C'est qu'il est dans une certaine mesure hémostatique et antiseptique.

L'hémorragie et les accidents septiques ont été longtemps la terreur des chirurgiens, et l'on comprend très bien qu'un instrument capable d'en diminuer les chances ait joui à une certaine époque d'une grande faveur. Mais aujourd'hui, cette faveur est-elle justifiée?

Comme agent hémostatique, le thermocautère est le frère jumeau de l'écraseur de Chassaignac. Celui-ci est tombé dans un tel discrédit que les jeunes gens en ignorent même l'existence. Le thermocautère lui a survécu. Cependant, comme agent hémostatique, il est peu puissant. Je n'insiste pas sur ce point, que M. Quénu a très justement développé.

Quant à la puissance antiseptique du thermocautère, elle est incontestable. Mais, dans l'immense majorité des cas, nous pouvons aujourd'hui réaliser l'aseptie autrement. Je ne vois donc pas d'argument valable qui puisse être invoqué en faveur du thermocautère comme moyen d'exérèse ou de destruction.

Est-il plus défendable comme agent modificateur? Je ne le pense pas.

Son action modificatrice n'a rien de mystérieux; il agit tout simplement en provoquant une inflammation réactionnelle. Mais, n'est-ce pas, je le demande, une pratique d'un autre âge que celle qui consiste à recourir à l'inflammation comme agent curateur? Tous les efforts ne tendent-ils pas au contraire à supprimer la réaction inflammatoire? Tous les progrès de la chirurgie n'ont-ils pas cette suppression pour base? Et pour ce qui est des hémorroïdes, n'est-il pas imprudent, dans un milieu septique comme est le rectum, de provoquer une inflammation dont on n'est jamais sûr d'être maître après qu'on l'a déterminée?

Examinons les résultats. J'ai vu quand j'étais l'interne de Richet, en 1885, les malades opérés par la méthode de volatilisation souffrir d'une manière véritablement excessive, et j'en ai vu mourir de septicémie ou de pyohémie. J'ai conservé de tout cela un souvenir effroyable, mais je ne veux pas trop insister sur ce qui se passait à cette époque déjà lointaine. Je me borne à ce que les partisans actuels du fer rouge nous disent observer habituellement.

Tous, sauf M Schwartz, nous ont déclaré que les malades souffrent. A cela, rien de surprenant, puisque le fer rouge détermine une certaine inflammation et que l'inflammation est douloureuse.

En outre, M. Pozzi l'a dit, au bout de huit, dix, douze, quatorze jours, lorsque les escarres se détachent, des hémorragies se produisent dans un certain nombre de cas. Que sont ces hémorragies? des hémorragies secondaires. Or nous savons aujourd'hui à n'en pas douter que les hémorragies secondaires sont fonction de septicité. Ainsi donc cet instrument hémostatique et antiseptique expose aux hémorragies septiques. Est-il possible, je le demande de manquer plus complètement son but?

Je ne veux rien exagérer dans ce réquisitoire contre le thermocautère et je serais désolé qu'on défigurât ma pensée.

Je ne dis pas que le thermocautère est mauvais, je dis qu'il est moins bon que d'autres moyens dont nous disposons aujourd'hui. Nous sommes heureusement à une époque où il ne suffit plus de distinguer le mauvais du pire, mais où il faut séparer le meilleur du bon, et je dis tout simplement que le thermocautère n'est pas le meilleur moyen de traiter les hémorroïdes.

Il a peut-être quelques indications rares. Ainsi, quand il s'agit d'hémorroïdes procidentes, étranglées et sphacélées, le mieux est sans doute de détruire la masse gangrénée avec le fer rouge Hors ce cas, qui est exceptionnel, qui même ne devrait jamais se

présenter, car si les malades venaient consulter dès qu'il leur est impossible de réduire le paquet procident, on éviterait toujours le sphacèle; hors ce cas d'un caractère tout à fait exceptionnel, il faut, à mon avis, abandonner le thermocautère, comme il faut abandonner tout procédé opératoire qui ne permet pas de faire la réunion.

La réunion par première intention, c'est toute la chirurgie moderne. Il faut la faire partout où elle est possible, et elle est parfaitement possible dans le rectum, quand on prend certaines précautions sur lesquelles nous sommes tous fixés.

Bistouri et sutures, telle doit donc être, à mon avis, la formule abrégée du traitement des hémorroïdes.

Il reste à savoir comment il convient de l'appliquer.

M. Monod a parlé d'une opération qui se rapproche de celle que M. Reclus a décrite ici en 1892. J'emploie moi-même depuis le mois de mai 1892 la technique que M. Monod a décrite ici il y a un mois.

On a qualifié cette opération de Whitehead partiel. Cette qualification ne me paraît pas juste. Je vois bien par quel raisonnement on y a été conduit. Dans l'opération de Whitehead, on enlève toute la muqueuse de la région hémorroïdaire; or, comme dans l'autre opération, on enlève une partie de la muqueuse avec les hémorroïdes, on en conclut que cette opération est un Whiteheadpartiel. En appliquant ce raisonnement, on serait conduit à dire qu'une résection du maxillaire est une amputation partielle de la tête.

A mon sens, l'ablation successive et distincte de chaque paquet hémorroïdaire ne ressemble en rien à l'opération de Whitehead. Les plaies multiples que laisse cette ablation sont toutes parallèles à l'axe du rectum; les lignes de suture ont la même direction. Elles sont donc perpendiculaires à la ligne de suture unique de l'opération de Whitehead.

Non seulement cette ablation n'a rien de commun avec l'opération de Whitehead, mais elle n'en procède même pas. Elle dérive directement de l'exérèse que l'on fait avec le thermocautère, lorsqu'on saisit le paquet hémorroïdaire dans un clamp placé parallèlement au rectum et qu'on détache ce paquet avec le fer rouge.

Si j'ai dit que je pratiquais depuis mai 1892, l'opération, qu'a décrite M. Monod, ce n'est pas du tout pour faire une revendication de priorité. M. Reclus faisait certainement avant moi son opération, qui est analogue, et j'imagine que bien d'autres ont dû arriver à la même pratique, tant elle est simple et rationnelle. Si je signale que, de mon côté, j'étais arrivé à ce résultat, c'est pour expliquer comment j'y ait été conduit. J'ai pensé tout

simplement qu'il serait bien préférable de faire avec le bistouri ce que j'avais vu faire avec le thermocautère, puisque cela permettrait de réunir. Voilà comment, pour moi du moins, la résection des paquets hémorroïdaires découle de l'exérèse des mêmes paquets faite au thermocautère.

Cette opération, je la trouve bonne. Elle est d'une extrême simplicité, je ne lui connais aucun inconvénient, et jusqu'ici je n'ai pas vu de récidive à sa suite.

Mais je suis bien loin de l'appliquer à tous les cas. Je considère au contraire que ses indications sont rares. Je ne l'emploie que dans les cas où il y a des hémorroïdes internes sans hémorroïdes externes ; encore faut-il que ces hémorroïdes internes aient une certaine disposition qu'on ne peut apprécier avant d'avoir dilaté l'anus. Je ne sais donc jamais à l'avance si je ferai la résection distincte de chaque paquet hémorroïdaire ou l'opération de Whitehead.

L'anus dilaté, les hémorroïdes internes deviennent très apparentes. Parfois, il n'y a que deux, trois ou quatre paquets, presque pédiculés, parfaitement distincts les uns des autres, séparés par des intervalles de muqueuse saine. C'est dans ces cas-là, et dans ces cas-là seulement que je pratique la résection des hémorroïdes. Rien de plus simple. Chaque paquet est enlevé d'un coup de ciseau ou de deux coups de bistouri. La plaie ainsi formée est ovalaire à grand axe vertical. S'il y a un fort jet de sang, je pince et je lie. Sinon, les points de suture passés un peu profondément suffisent à faire l'hémostase.

Dans tous les autres cas, je pratique non plus la résection des hémorroïdes, mais la résection de toute la muqueuse de la région hémorroïdaire, c'est-à-dire l'opération de Whitehead. Cette opération me paraît tout à fait satisfaisante. Mais l'exécution en est délicate.

Il serait déplacé de revenir ici sur l'ensemble de la technique, et je me garderai bien de le faire. Je ne parlerai pas non plus des modifications qui ont été apportées à la technique primitive, car elles sont sans importance. Qu'on sectionne le cylindre muqueux en deux, trois ou quatre valves, qu'est-ce que cela peut bien faire? C'est toujours l'opération de Whitehead que l'on pratique.

Mais il est deux points fondamentaux sur lesquels je veux insister, car ils me paraissent avoir une grande importance.

Le premier a trait au siège précis qu'il convient de donner à l'incision circulaire. La règle est d'inciser juste à l'union de la peau et de la muqueuse ; cette règle est bonne, il faut s'y tenir étroitement. Dans mes premières opérations, je me suis laissé aller, lorsqu'il y avait des hémorroïdes externes, à reporter l'incision

plus en dehors pour avoir une ligne de suture plus régulière. On obtient en effet ainsi un résultat immédiat plus élégant, mais c'est au détriment du résultat définitif. Car voici ce qui se passe.

Ou bien les fils coupent la muqueuse et celle-ci remonte légèrement. Alors il reste entre la muqueuse et la peau un petit liséré cruenté qui doit se réunir par seconde intention. Je n'ai jamais vu le petit liséré dépasser deux millimètres de hauteur, je n'ai jamais vu sa cicatrisation amener le moindre rétrécissement, mais cette cicatrisation est lente et la guérison est retardée.

Ou bien la réunion de la muqueuse et de la peau se fait parfaitement par première intention. Alors une petite étendue de muqueuse reste visible à l'extérieur. Elle sécrète un peu; elle est légèrement sensible, et les malades éprouvent de la gêne jusqu'à ce qu'elle soit épidermisée, ce qui demande un certain temps.

J'arrive au second point. M. Monod a dit ici que toutes les fois qu'il avait vu pratiquer l'opération de Whitehead, il avait été frappé de l'abondance de l'hémorragie. M. Quénu lui a répondu que la perte de sang dépendait de la vascularisation des hémorroïdes. Il est parfaitement exact qu'il y a des hémorroïdes très vasculaires qui saignent et d'autres dont tous les vaisseaux sont thrombosés et qui ne saignent pas. Mais je suis cependant bien convaincu qu'il y a un rapport entre la perte de sang et la manière dont l'opération est faite.

Dès qu'on a terminé l'incision circulaire, il faut marcher au sphincter : c'est le point de repère capital; je suis là-dessus tout à fait d'accord avec M. Delorme. Si on passe en dedans de lui sans le voir, la dissection porte sur la couche cellulaire, précisément là ou se trouvent les vaisseaux variqueux. Elle est lente, pénible et sanglante. Si on chemine trop en dehors et qu'on entame le sphincter, on a une hémorragie plus artérielle, mais tout aussi gênante, et la dissection est encore pénible. Au contraire, si on prend bien soin de disséquer le bord interne du sphincter sans l'entamer, dès qu'il est bien libéré, on peut abandonner l'instrument tranchant, le doigt suffit a décoller la muqueuse jusqu'au-dessus de la région hémorroïdaire et l'hémorragie est insignifiante. Quand la muqueuse est décollée et qu'on la sectionne pour la réséquer, on voit sur la tranche deux ou trois petits jets artériels, mais chaque vaisseau est aussitôt pincé que coupé.

Ainsi, même lorsque les conditions sont mauvaises, l'opération de Whitehead, bien faite, est peu sanglante, et je ne crois pas que le danger d'hémorragie puisse servir d'argument contre elle.

M. Quénu. — M. Schwartz nous dit que ses malades quittent l'hô-

pital au bout de 15 jours; sont-ils guéris au bout de ce temps? Je ne puis le croire : la cicatrisation d'une plaie par le cautère actuel comprend deux temps : un temps d'élimination d'escarres, un temps de réparation par seconde intention : or, les escarres tombent au 7e ou 8e jour, et chacun sait combien lentement se réparent par seconde intention les plaies de l'anus.

Au point de vue de la douleur, je puis dire que toute exérèse sur le rectum par la méthode sanglante reste indolente, tandis que la plaie reste aseptique; or, il est possible de garder sa plaie aseptique par la méthode de Whitehead; on ne peut avoir les mêmes prétentions avec la cautérisation.

M. Tillaux. — Je ferai au sujet de ce que nous a dit M Delbet quelques petites réflexions.

Il a fait, quoi qu'il en dise, contre le thermocautère, un réquisitoire très violent qui peut-être n'est pas juste.

Il a dit que le thermocautère n'était pas hémostatique; à vrai dire, c'est qu'il ne sait pas s'en servir, car, employé convenablement, il est parfaitement hémostatique.

Je rappellerai que M. E. Bœckel est venu ici même, il y a près de trente ans, montrer que le thermocautère était hémostatique. On pouvait, disait-il, couper l'aorte des petits animaux sans perdre de sang.

Il faut pour cela que le thermocautère soit au rouge sombre, que l'on presse sur les tissus, de façon à accoler les parois des artères avant de les diviser.

Ce n'est pas comme moyen d'éxérèse, du reste, que j'emploie le thermocautère ; je fais de la cautérisation interstitielle dans le but de détruire le tissu de l'hémorroïde. La douleur est en effet quelquefois vive, mais pas toujours. J'ai opéré un malade il y a dix jours, c'était un cas difficile. Il a à peine souffert, n'a pas eu besoin de morphine, aujourd'hui il est debout. Je ne viens faire ni le procès de la méthode de Whitehead ni établir un parallèle avec la mienne; si je reste fidèle à mon procédé que j'emploie depuis plus de trente ans, c'est qu'il m'a toujours donné d'excellents résultats.

La méthode de Whitehead est difficile; mon procédé, au contraire, est simple, facile, à la portée de tous les praticiens.

M. Pozzi. — Je prends la parole pour appuyer ce que vient de si bien dire M. Tillaux; dans la critique du thermo, on a confondu l'excision avec l'ignipuncture profonde.

L'opération de l'*ignipuncture* est d'une simplicité absolue, à la portée de tous les praticiens, d'une efficacité parfaite, d'une inno-

cuité certaine. Ce sont là des raisons suffisantes pour la préconiser. Il ne faut pas que les praticiens qui lisent cette discussion se figurent que c'est un retour en arrière. Nos anciens faisaient la cautérisation en masse, bien différente. Par l'ignipuncture, on détruit les varices sous-muqueuses en respectant cette membrane; il n'y a donc pas à craindre de rétrécissement.

Les guérisons sont définitives. J'en ai une qui date de vingt et un ans, plusieurs de quinze et dix ans, dans des cas très graves, avec énormes bourrelets procidents. — Quand on a à choisir entre deux moyens thérapeutiques, l'un simple et sûr, l'autre difficile et exposant à des inconvénients et même à des dangers dans les mains de beaucoup d'opérateurs — il vaut mieux choisir le premier. Une des tendances maîtresses de la chirurgie contemporaine est la simplification.

Combinée avec la dilatation, l'ignipuncture n'est pas un traitement douloureux : j'ai vu de ces malades ne souffrant pas du tout, ils sont seulement gênés par la présence du gros tube rectal, servant de centre à un tamponnement de gaze iodoformée. (Ce tamponnement est indispensable, assure contre tout suintement par les orifices de l'ignipuncture et peut être laissé en place quatre jours). Le temps nécessaire pour la guérison est aussi court qu'avec l'opération au bistouri. Ma dernière opérée, jeune femme, qui vient de quitter mon service, était guérie en douze jours.

M. Ollier. — J'ai quelque hésitation à prendre la parole, car je n'ai pas suivi toute la discussion. Mais ayant une très longue expérience de la cautérisation qui, depuis plus d'un demi-siècle, a été régulièrement employée à Lyon, soit au moyen du chlorure de zinc, soit au moyen du fer rouge, je désire ajouter quelques mots sur les inconvénients et les avantages de cette méthode opératoire. Il y a trente ans, avant qu'on eût adopté la dilatation préalable et méthodique de l'anus et du rectum, la cautérisation était le plus souvent suivie de très vives douleurs, mais aujourd'hui il n'en est pas ainsi, les douleurs sont peu marquées et passagères, et l'orthoforme nous apporte encore un moyen de les soulager. Quant à la valeur hémostatique du cautère actuel et du thermocautère, elle est tellement évidente que je ne comprends guère qu'on la mette en question. A ce propos, je ne m'appuierai pas seulement sur les expériences de M. Bœckel, que vient de rappeler M. Tillaux, mais je me baserai sur les recherches bien plus anciennes d'un de mes premiers maîtres, M. Bouchacourt, qui, dès 1836, avait établi expérimentalement les différences entre les cautères chauffés au rouge sombre et les cautères chauffés au rouge blanc au point de

vue de l'action hémostatique. C'est, depuis lors, une distinction fondamentale, classique, parmi les chirurgiens lyonnais.

Je n'ai jamais eu recours à la méthode de Whitehead; je crois cependant qu'elle peut être appliquée avec utilité dans quelques cas; mais je redouterais ses inconvénients au point de vue du rétrécissement consécutif si la réunion échouait. Je m'en tiens encore comme méthode générale a une méthode mixte : dilatation, destruction sur place des bourrelets hémorroïdaux, ou excision par cautérisation ou même par l'instrument tranchant ou la ligature, dans quelques cas, en laissant quelques ponts de muqueuse intermédiaire pour éviter la rétraction nodulaire consécutive.

C'est cette méthode mixte, nécessairement variable, selon les cas, suivant la forme et les dispositions des masses hémorroïdales, que j'emploie depuis plus de trente ans, et qui me paraît toujours devoir triompher des cas même les plus compliqués.

M. Poirier. — Je ne me sers jamais du thermocautère pour la destruction des hémorroïdes, parce que je l'ai vu donner des résultats mauvais et même mortels entre les mains de deux de mes maîtres, de Saint-Germain et le professeur L. Lefort; j'ai particulièrement présente à l'esprit l'observation d'un jeune homme auquel on avait fait seulement trois pointes profondes dans des bourrelets hémorroïdaires, et qui mourut peu de jours après avec tous les symptômes d'une septicémie aiguë; à l'autopsie, faite, si mes souvenirs sont précis, par mon collègue Raymondaud, on trouva une péritonite purulente.

A mon avis, conforme à celui de Delbet, le thermocautère n'est point un instrument chirurgical; je ne le crois point hémostatique, quelle que soit la couleur, sombre, cerise ou prune, sous laquelle on l'emploie. Je ne sais quelles aortes E. Boeckel a pu obturer avec cet instrument; pour ma part, je n'oserais pas l'employer contre une radiale humaine. L'hémostase qu'il produit est momentanée, et il y a toujours à redouter la reprise de l'hémorragie, soit après quelques instants, soit à la chute des escarres. Il est bon tout au plus contre les hémorragies en nappe provenant de vaisseaux capillaires, hémorragies que la compression arrêterait aussi bien, sans laisser une escarre dont l'aseptie est bien difficile à garder.

Contre les hémorroïdes, j'emploie le bistouri et, après avoir décollé avec l'ongle du pouce le sphincter jusqu'au-dessus des bouquets hémorroïdaux, j'applique une ligature sur le sommet de ceux-ci, avant de les réséquer; grâce à cette ligature, l'hémorragie est réduite au minimum. Quand les bourrelets sont isolés,

je les résèque et les suture, comme Reclus nous a appris à le faire. Si les varicosités sont plus étendues, j'ai recours à l'excellent procédé de Whitehead avec ligature au sommet de chaque bouquet hémorroïdal, comme je viens de le dire.

A propos de ce dernier, j'insisterai sur l'importance qu'il y a à ne point faire des résections circulaires totales; j'ai eu récemment à soigner un bourrelet hémorroïdal, circulaire et gangrené; j'ai réséqué tout ce qui était malade et n'ai pu ménager les ponts cutanéo-muqueux qu'il faut toujours laisser. Résultat : mon malade a guéri par première intention et est sorti de l'hôpital au vingtième jour; mais il vient de rentrer avec un rétrécissement cicatriciel de l'anus.

M. Pozzi. — Il ne faudrait pas mettre sur le compte du procédé et sur l'emploi du thermocautère les deux morts que vient de nous signaler M. Poirier. Ces observations remontent à 1879 et à 1880. Il ressort de la discussion que ces deux malades sont morts surtout à cause des mauvais pansements consécutifs : ceux que l'on employait à cette époque.

Il serait facile de trouver un grand nombre d'accidents mortels dus à l'emploi de toutes les autres méthodes, à la même période de la chirurgie, lorsque nos maîtres les plus habiles n'étaient ni assez antiseptiques ni assez aseptiques. Le pansement à la gaze iodioformée me paraît indispensable pour toute plaie du rectum, fût-elle le résultat d'une ponction au thermocautère.

M. Pierre Delbet. — M. Tillaux m'a dit que si je ne trouvais pas le thermocautère hémostatique, c'est que je ne savais pas m'en servir. Je connais comme tout le monde les règles théoriques qu'il vient de rappeler. Pour ce qui est de la pratique, je n'ai aucune prétention, car je suis comme notre collègue Poirier, je ne me sers pas du thermocautère. Mais si je ne m'en sers pas, j'ai vu mes maîtres s'en servir, j'ai vu ses plus chauds partisans l'employer; je ne veux pas les nommer, car, c'est à eux plus qu'à moi que s'adresse le reproche de M. Tillaux, et ils ne sont malheureusement plus là pour se défendre. Je déclare qu'entre les mains de ces hommes éminents qui croyaient, et pour toutes sortes de bonnes raisons, savoir se servir du thermocautère, cet instrument ne m'a pas paru suffisamment hémostatique pour mon goût. Je maintiens donc ce que je disais : le thermocautère est un agent hémostatique peu puissant.

M. Tillaux a été jusqu'à dire qu'on pouvait couper l'aorte au thermocautère sans perdre une goutte de sang.

M. Tillaux. — Cette assertion n'est pas de moi, je me borne à citer Boeckel qui, à la Société de Chirurgie, a affirmé que l'on pouvait sectionner l'aorte sans perdre une goutte de sang.

M. Delbet. — Je suis heureux de voir que M. Tillaux laisse à d'autres la responsabilité de cette affirmation, qu'on peut sectionner l'aorte avec le thermocautère sans perdre une goutte de sang. Comme il est bien certain d'ailleurs qu'aucun membre de cette Société ne voudrait seulement couper une radiale avec le fer rouge, cette discussion est parfaitement oiseuse.

M. Pozzi m'a reproché d'avoir confondu les divers modes d'action du thermocautère. Or, je l'ai envisagé comme agent de destruction, comme agent d'exérèse et comme agent modificateur. Je ne crois donc pas avoir mérité le reproche qu'il m'adresse, car je ne vois pas que dans sa réplique il ait indiqué d'autre mode d'action.

Permettez-moi d'ajouter, messieurs, que je suis quelque peu surpris de la petite tempête qu'à déchaînée mon réquisitoire très modéré contre le thermocautère.

Je n'ai pas proscrit le thermocautère, je n'ai pas déclaré qu'il était défendu de s'en servir. Voici mes propres paroles : « Je ne dis pas que le thermocautère soit mauvais, je dis qu'il est moins bon que d'autres moyens que nous avons à notre disposition. Nous sommes heureusement à une époque où il ne suffit plus de distinguer le mauvais du pire, mais où il faut séparer le meilleur du bon, et je dis tout simplement que le thermocautère n'est pas le meilleur moyen de traiter les hémorroïdes. »

Je maintiens mon affirmation sous cette forme. Je persiste à croire avec M. Quénu, avec M. Delorme, avec M. Picqué, avec M. Poirier, que les malades traités par le bistouri et les sutures courent moins de risques, souffrent moins et guérissent plus vite que ceux qui sont traités par le thermocautère.

Présentations de malades.

Tétanos guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum.

M. Picqué. — Notre collègue Quénu vous a présenté dans la dernière séance un malade atteint de tétanos et guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum antitétanique. Je tiens à vous apporter un fait analogue et à vous présenter également le malade, qu'a bien voulu voir M. le professeur Berger.

Observation recueillie par M. Grosjean, interne du service. — Le nommé B... (Achille), trente-trois ans, menuisier, entre le 15 mai

courant dans mon service de la Pitié, salle Broca. Il présente une contracture musculaire généralisée et très intense.

Antécédents. — Les antécédents personnels ne révèlent aucune maladie antérieure; comme antécédents héréditaires, le malade déclare appartenir à une famille de nerveux.

Début de l'affection. — En travaillant, le malade s'est enfoncé un morceau de bois sous l'ongle du pouce droit, il s'ensuivit une plaie légère qui ne fut l'objet d'aucun soin de propreté.

La plaie ne tarda pas à suppurer, et, onze jours après sa piqûre, le malade ressentit les premiers symptômes du tétanos. Il eut tout d'abord à souffrir de courbature, d'une raideur qui débuta dans la région cervicale; cette raideur envahit bientôt tout le corps, et, au moment de son entrée, le malade ne peut plus faire un mouvement.

Période aiguë. — On constate un certain degré de trismus; les mâchoires peuvent cependant être écartées pour l'introduction des aliments. L'opisthotonos est très marqué. Température 38 degrés, sueurs abondantes, vomissements après chaque essai d'alimentation. Les crises douloureuses sont très fréquentes et surviennent à chaque tentative de mouvement; les contractions, très violentes, arrachent alors des cris au malade. Jusqu'au 9e jour, l'état reste le même; à ce moment la température s'accroît, 39°2, et le malade divague. Du 9e au 12e jour, la température baisse jusqu'à 37°4, toutefois la raideur persiste. Le 12e jour, 39°2, le malade a des crises fréquentes, des sueurs abondantes, il boit difficilement et ne peut plus supporter le lait.

Le 14e jour, la température retombe à 37°4. Dès lors un mieux sensible apparaît. Certains mouvements des membres inférieurs deviennent possibles, les crises sont rares, le malade peut lui-même soulever la tête.

Les contractions cessent peu à peu; le 21e jour, le malade peut se lever. Température, 37 degrés.

Traitement. — L'ongle du pouce malade est enlevé dès son entrée, le doigt est nettoyé et pansé. Une injection de sérum antitétanique par jour, 10 centimètres cubes, est faite le lendemain de l'entrée et continuée pendant les dix premiers jours, une autre le 11e jour, une dernière le 13e jour.

Pendant cette période, de 4 à 10 grammes de chloral chaque jour.

Rhum. Thé. Lait.

La guérison est complète le 4 juin.

M. Peyrot. — Je voudrais demander à M. Picqué combien de temps après l'accident le tétanos s'est développé.

M. Picqué. — Douze jours après la plaie; le traitement a été commencé deux jours après le début des contractures.

M. Peyrot. — J'ai observé des gens qui avec des pneumonies ont des contractures qu'on pourrait prendre pour du tétanos; je me demande toujours en face des cas guéris si on avait bien affaire à de vrais tétanos.

M. Tuffier. — Même sans invoquer le faux tétanos, nous avons vu avec M. Verneuil des séries de malades guéris par le chloral et la morphine. Quel que soit le traitement, le pourcentage des cas de guérison est le même; il y a donc des cas qui guérissent spontanément.

M. Quénu. — Le vrai moyen de nous faire une opinion scientifique, c'est d'apporter ici toutes les observations de mort ou de guérison. Je n'aime pas beaucoup cette distinction de tétanos aigu ou chronique qui ne me paraît pas bien établie.

M. Tuffier. — Il y a cependant des signes qui nous permettent de distinguer le tétanos aigu du tétanos chronique. Quand le tétanos se déclare rapidement après le traumatisme, il est un fait constant, c'est qu'il est très grave. Au contraire, quand le tétanos ne survient que dix ou douze jours après une plaie, quelquefois déjà cicatrisée, il est moins grave et ce sont ces cas qui guérissent.

M. Delorme. — J'insiste sur la valeur de la symptomatologie; la rapidité des symptômes fait la gravité du tétanos. MM. Roux et Vaillard ont montré que les troubles respiratoires surtout étaient du plus mauvais pronostic.

Volumineux kyste thyrohyoïdien.

M. Picqué présente la photographie d'un malade auquel il a pratiqué l'ablation d'un volumineux kyste thyrohyoïdien.

La tumeur simulait un goitre. Raucité très marquée de la voix. L'opération montra l'existence d'un kyste à paroi épaisse et adhérent à la membrane thyroïdienne. Liquide verdâtre contenant de la cholestérine.

L'espace compris entre l'os hyoïde très épaissi et le bord supérieur du cartilage thyroïde est de 8 centimètres. Ce dernier est déformé et repoussé en avant. La raucité de la voix avait presque disparu au huitième jour.

Amputation ostéoplastique de jambe.

M. Pierre Delbet. — C'est la seconde fois que je présente ici ce malade auquel j'ai pratiqué une amputation ostéoplastique de la jambe. Le but de cette opération, c'est de former un moignon solide et indolent, capable de porter le poids du corps; c'est de faire marcher l'amputé sur son moignon au lieu de le faire marcher sur son genou fléchi.

Quand j'ai présenté ce malade au mois de décembre 1898, on m'a fait remarquer que grâce à son appareil une partie du poids

du corps portait sur les condyles du tibia. Cela est parfaitement exact. Mais ce n'est pas un argument contre la valeur de l'opération. L'appareil qu'il porte est construit sur le type de ceux qu'on donne aux individus qui ont subi la désarticulation sous-astragalienne, la désarticulation tibio-tarsienne ou l'amputation sus-malléolaire, opérations qui ont justement pour but et pour résultat de donner des moignons capables de porter le poids du corps. D'ailleurs, si on voulait faire état de ce fait que l'appareil prend un certain point d'appui sur les condyles du tibia, il faudrait nous montrer des malades amputés par les procédés ordinaires et marchant avec des appareils de ce genre. Je ne crois pas que cela soit possible.

Au mois de décembre dernier, on m'a dit encore : « Oui, votre malade marche, mais ramenez-le dans six mois, nous verrons ». Six mois sont passés, je le ramène; il marche toujours.

Cet homme est concierge, il passe toute la matinée debout à circuler dans la maison pour se livrer aux travaux de propreté. L'après-midi, il fait quelques courses.

Vous pouvez constater que la palette d'os transplanté, qui fait pont entre le péroné et le tibia, est solide et qu'elle ne s'est pas atrophiée. La peau qui recouvre cette palette osseuse est épaissie; l'épiderme à sa surface est ridé comme sur l'olécrane. Il n'y a aucune ulcération.

Le malade vous dira qu'il porte tout le poids du corps sur son moignon sans éprouver aucune sensation anormale. Il ajoute même que lorsqu'il est fatigué dans la station debout, il se repose volontiers en se portant sur cette jambe. Le moignon a donc bien toutes les qualités de solidité et de résistance qu'on peut exiger.

Est-ce à dire que le résultat soit absolument parfait? Non. La station, même prolongée, n'est jamais pénible, mais les marches un peu longues déterminent une certaine douleur. Cette douleur siège non pas sur le plan inférieur du moignon, mais sur son bord antérieur. Dans le mouvement d'extension, lorsque ce qui reste de jambe projette le pied artificiel en avant, l'angle formé par la rencontre de la crête du tibia et de la surface de section vient buter contre l'appareil, et ces heurts répétés produisent une contusion qui rend les tissus douloureux.

Dans l'appareil de ce malade, il y a une disposition vicieuse qui rend cette contusion particulièrement douloureuse. En effet, juste au point où vient porter l'angle osseux se trouve une bande d'acier, qui n'est pas faite pour adoucir les contacts. Je vais faire modifier ce détail.

Cette constatation porte un enseignement d'un autre ordre, c'est que dans les opérations ultérieures, il faudra abattre l'angle

osseux menaçant, comme on le fait d'ailleurs dans les amputations ordinaires.

J'ai fait au mois de septembre dernier une autre amputation ostéoplastique de jambe, mais je n'ai pu retrouver la malade. Je ne désespère pas cependant d'y réussir. Si je puis avoir de ses nouvelles, je les communiquerai à la Société, car j'estime que la question a une grande importance pratique.

En tout cas, le malade que je vous amène près de dix mois après l'opération est une preuve qu'il est possible, par une amputation ostéoplastique, d'obtenir un moignon de jambe capable de porter le poids du corps.

M. Poirier. — Je trouve le malade très remarquable; il porte en effet un peu sur le condyle tibial, mais son principal point d'appui est en effet l'extrémité du moignon.

M. Ollier. — Le fait que nous présente M. Delbet est très intéressant, et le moignon me paraît dans les meilleures conditions désirables pour supporter les pressions. Je n'ai pas eu recours en pareil cas à l'ostéoplastie directe, mais j'ai obtenu des résultats analogues par la manchette périostique qui donne soit au tiers inférieur de la jambe soit à la cuisse, des moignons propres à supporter des pressions directes et prolongées.

Mais malgré ce résultat qu'on n'obtient guère par les amputations ordinaires, même avec les moignons les mieux matelassés, et que l'ostéoplastie, soit directe (osseuse), soit indirecte (périostique), peut seule régulièrement donner, les opérés ne marchent pas longtemps sur leur moignon. Ils ne peuvent marcher sur l'extrémité amputée qu'à l'aide des points d'appui complémentaires, sur les condyles du tibia et sur toute la périphérie du segment sural. Pour que les opérés marchent solidement, exclusivement et indéfiniment sur leur moignon, il faut une peau autrement organisée que celle de la cuisse ou de la jambe.

C'est pour cela que j'ai recommandé depuis longtemps de se servir du lambeau talonnier pour matelasser l'extrémité du tibia après les amputations du tiers ou du quart inférieur de la jambe. Je remonte ce lambeau talonnier doublé de son périoste et je ne saurais trop engager les opérateurs à ne pas s'attacher à l'aspect disgracieux du moignon immédiatement après l'opération. Avec le temps, sa forme se régularise, et l'on a un moignon sur lequel l'opéré peut réellement marcher sans le secours des points d'appui complémentaires dont je parlais tout à l'heure.

Mes opérés marchent avec un simple soulier rond, ayant une semelle haute de 6, 8 et 10 centimètres suivant la hauteur du squelette de la jambe retranchée. Cette semelle ronde, de 7 centi-

mètres environ de diamètre, supporte seule le poids du corps. Il n'est pas besoin de tuteurs latéraux ni de bottine moulée ; c'est tout simplement une bottine lacée qui remonte jusqu'au milieu de la jambe.

L'appareil est si simple que tout cordonnier de village est à même de le faire. Plusieurs de mes désarticulés du pied, avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen et section des os de la jambe plus ou moins haut au-dessus des malléoles, marchent depuis de longues années avec ce simple soulier rond qui leur permet de gagner leur vie par un travail régulier, soit comme cultivateurs, soit comme ouvriers.

M. Quénu. — J'ai un malade qui sans amputation ostéoplastique, par la simple conservation d'un bon lambeau de périoste, marche sur l'extrémité de son moignon.

Résection totale de l'estomac et du pancréas.

M. Ricard. — Je présente une malade à qui j'ai fait la résection totale de l'estomac et d'une grande partie du pancréas pour un cancer infiltré de la partie postérieure de l'estomac avec larges adhérences en arrière au tissu de la glande pancréatique, etc.

Une petite languette de la grosse tuberosité put être laissée et suturée de façon à fermer l'orifice du cardia, comme avec une petite ampoule du volume d'une noix. C'est là que je fixai une anse d'intestin grêle. Le duodenum fut fermé. Un tamponnement fut laissé dans la région pancréatique, tant à cause du suintement hémorragique que dans la crainte d'un épanchement ultérieur du liquide de sécrétion de la glande.

Les suites de l'opération furent des plus simples; jamais la température n'atteignit 38 degrés.

Voici cinquante jours que la malade a été opérée. Je vous la présente avant qu'elle quitte l'hôpital, pour vous montrer dans quel parfait état de santé elle se trouve.

M. Tuffier. — Je vous ai présenté une malade analogue à celle de M. Ricard. Je réséquai le pylore, puis la grosse et la petite courbure. Ce qui rend l'opération difficile, c'est l'impossibilité d'amener l'estomac au dehors.

Le pylore et le cardia sont très différents comme mobilité suivant les gens. Dans mon cas, le pylore était si mobile qu'après la résection j'ai pu le suturer avec le petit lambeau qui me restait de la grande courbure. Dans ces cas, les malades ont toujours faim, elles sont obligées de manger toute les deux heures et alors une simple tasse d'aliments les rassasie. Ma malade a succombé cinq mois après à la généralisation de son cancer.

M. Poirier. — Je ne comprends pas ce que veut dire Tuffier quand il parle d'attirer l'estomac au dehors. Ce qu'on fait sortir, c'est la portion pylorique, mais la portion cardiaque, cela est impossible.

M. Tuffier. — Il est bien évident que le cardia est fixe et que quand je parle de mobilité, je n'ai en vue que le pylore.

Présentation de pièces.

Tumeur tuberculeuse à contenu caséeux et à coque calcifiée extraite du mésentère d'une femme ayant eu, trente ans avant, une ascite probablement tuberculeuse.

M. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter une pièce assez rare.

C'est une tumeur pierreuse, enlevée le 29 avril dernier chez une campagnarde qui m'avait été adressée du département de Loir-et-Cher.

Il s'agit d'une tumeur très dure, ayant la consistance de la pierre, ayant la forme générale d'une pyramide très irrégulière, criblée de sinus, de fossés dans lesquels vient s'insinuer l'intestin grêle, qui y adhère presque partout. La tumeur était elle-même contenue dans le mésentère, coiffée par lui et les anses intesinales.

Une section de la masse pierreuse a montré qu'elle était creusée d'une cavité ayant à peu près la forme même de la tumeur; cette cavité contient une masse caséeuse. Les parois ont une épaisseur de un centimètre environ. L'examen histologique de la paroi montre qu'elle est composée de tissu fibreux, infiltré de sels calcaires. Il s'agit d'une calcification et non d'une ossification : il n'y a nulle part d'ostéoblastes : l'examen du contenu a montré des masses de graisses, mais aucun autre élément figuré.

Nous avons fait inoculer à un cobaye de la matière caséeuse du contenu; il a succombé au bout d'un mois environ, après avoir eu des tuméfactions ganglionnaires et un amaigrissement progressif; malheureusement, des circonstances particulières ont empêché l'examen anatomique des tissus.

Il s'agit très probablement d'une tumeur d'origine tuberculeuse, probablement ganglionnaire, chez une femme ayant eu autrefois une ascite tuberculeuse. Le diagnostic porté avait été péritonite tuberculeuse. Elle avait subi de vingt à vingt-cinq ans cinq ponctions, puis avait guéri. Elle a actuellement cinquante-six ans. Si ce n'est des adhérences, je n'ai trouvé aucune lésion du péritoine autrefois malade.

Elle est venue nous consulter parce que, depuis trois mois, elle

avait des digestions difficiles, une douleur diffuse dans l'abdomen et qu'elle avait senti une dureté au niveau de l'ombilic.

L'examen nous fit découvrir la tumeur qui paraissait adhérer profondément, était soulevée par les battements de l'aorte, dure, pierreuse, non doulourense à la pression. Notre diagnostic avait été tumeur calcifiée, datant de loin et probablement d'origine tuberculeuse.

L'opération fut faite le 29 avril. Elle a été laborieuse. La pierre était enchassée dans le mésentère; là, elle adhérait en avant par l'intermédiaire des intestins, au grand épiploon; elle était enveloppée par les anses intestinales qui s'insinuaient dans toutes ses anfractuosités. L'énucléation cependant a été relativement facile.

Notre malade a été prise, douze jours environ après l'opération, d'une phlébite du membre inférieur gauche, dont elle est actuellement guérie. Elle se lève depuis quelques jours.

Tumeur solide de la loge du rein droit.

M. Walther. — La tumeur que je vous présente a été enlevée le 25 mai dernier. La rapidité de la marche, les accidents aigus, développés depuis une dizaine de jours surtout, m'avaient fait penser à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Sous l'anesthésie, après relâchement des muscles de la paroi, il fut facile de reconnaître que le point de départ n'était pas dans le petit bassin et que la tumeur se prolongeait dans le flanc droit et jusqu'à la région lombaire.

La laparotomie me permit, en effet, de décortiquer cette grosse tumeur rétro-péritonéale qui semblait formée par le rein lui-même. Je fis la néphrectomie transpéritonéale. Les suites de l'opération furent simples, et, aujourd'hui, la malade peut être considérée comme guérie.

La tumeur est volumineuse, elle pèse 9 kilogrammes. Elle est tout entière solide, comme vous pouvez le voir sur cette coupe. Elle n'est pas formée aux dépens du rein lui-même : vous voyez, en effet, en arrière de la masse, le rein absolument indépendant, mais dont nous n'avons pu reconnaître l'indépendance qu'à la dissection de la pièce, car la capsule propre du rein se continue avec la capsule de la tumeur elle-même.

Je vous apporterai le résultat de l'examen histologique dès qu'il sera fait, et, en même temps, je donnerai l'observation complète.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 21 JUIN 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Des lettres de MM. Chaput, Felizet et Poirier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Monod présente, de la part de M. Castan (de Béziers), une observation intitulée : *Imperforation anale; opération par la voie postérieure; guérison.*

M. Broca présente une observation d'*ostéosarcome costal* opéré par M. Chavannaz (de Bordeaux).

Ces deux observations seront remises à l'examen d'une commission. M. Broca, rapporteur.

Discussion

Cure chirurgicale des hémorroïdes (suite).

M. Bazy. — Je ne craindrai pas de passer pour un retardataire en venant défendre ici le fer rouge comme agent de traitement des

hémorroïdes. Si j'emploie le fer rouge sous la forme des pinces-cautères écrasantes du professeur Richet et sous la forme du thermocautère, j'emploie aussi le bistouri pour extirper, suivant le mode de Whitehead, les hémorroïdes.

J'estime en effet que chaque procédé a ses indications.

On sait de quel principe est né le traitement des hémorroïdes par le fer rouge : il est né de la crainte de l'infection purulente à la suite des sections au couteau. Cette crainte n'est plus de mise aujourd'hui et si je continue à employer le fer rouge, ainsi que quelques-uns de nos collègues je crois, c'est qu'il remplit d'autres indications que le bistouri; et, voyez comme il est difficile d'écrire l'histoire, c'est précisément parce que j'ai vu l'innocuité du procédé que je l'ai conservé; je me serais hâté de l'abandonner si j'en eusse vu les méfaits. Les soins consécutifs dans toutes les opérations ont bien leur importance, et c'est peut-être parce qu'on les a négligés que M. Delbet a enregistré des désastres, de même que M. Poirier.

Mais si j'emploie le fer rouge, j'use aussi du bistouri, et j'en use suivant les indications fournies par la modalité du mal que j'ai à traiter.

J'emploie la pince-cautère écrasante du professeur Richet, le thermocautère et le bistouri; je fais la volatilisation des hémorroïdes, j'en fais l'ignipuncture, j'en fais l'ablation.

Les indications de la volatilisation sont celles qu'a indiquées M. Quénu à propos de la cautérisation; j'y ajouterai l'indication, plus importante à mon avis, tirée de l'état d'anémie extrême dans laquelle se trouvent quelques malades qui ont trop longtemps obéi à cette croyance erronée, d'après laquelle il faut, sous peine d'accidents graves, respecter les hémorroïdes.

Je l'utilise aussi pour ces cas d'hémorroïdes volumineuses, énormes, comme en ont quelques sujets, que celles-ci soient ou non enflammées.

J'ai dû l'employer dans ces deux conditions, notamment chez un de mes malades qui s'était laissé anémier au point que le plus petit effort, celui de monter un escalier, déterminait des vertiges et presque une syncope.

Chaque fois qu'il allait à la garde-robe, il perdait du sang en notable quantité. Il était si anémié que je jugeai prudent de ne point l'opérer immédiatement; je le mis au repos, le constipai pendant six jours. Au bout de ce temps, la ou les fissures par lesquelles l'hémorragie se reproduisait étaient complètement cicatrisées, les forces étaient revenues et je pus l'opérer, sans lui faire perdre une cuillerée à café de sang, par la volatilisation.

J'ai encore employé ce procédé sur le père d'un de nos jeunes

confrères fort instruit, qui le connaissait sans l'avoir jamais vu mettre en pratique et qui n'en garda pas un trop mauvais souvenir, ni au point de vue des suites immédiates ni au point de vue des suites éloignées, puisque. en mars dernier, il me conduisait un de ses parents pour me le faire opérer, et, particularité que je vous prie de noter, il ne fut pas peu surpris quand, au lieu de la pince-cautère écrasante, il me vit employer le bistouri et faire l'ablation par le procédé de Whitehead.

C'est que les conditions n'étaient pas les mêmes chez son parent que chez son père : hémorroïdes moins anciennes, moins turgescentes, homme plus jeune, moins fatigué par le mal.

J'ai cité ce dernier fait parce qu'il est topique : car si nous devons tenir compte des modifications dues aux progrès de la science, nous devons cependant tenir compte de l'opinion des malades pour lesquels la science est faite, et si, dans l'espèce, le premier malade de cette famille eût gardé un trop mauvais souvenir de son opération, il n'eût pas engagé son parent, moins malade que lui, à se faire opérer, et mon jeune confrère, qui m'avait amené ces deux malades, n'eût pas été surpris de me voir employer pour son parent un procédé différent de celui que j'avais employé pour son père. Je n'ai cité ces deux faits que comme exemples : je pourrais citer plus de vingt autres cas à l'actif de la volatilisation.

Le thermocautère, je l'emploie en ignipuncture pour les hémorroïdes localisées à un point du pourtour de l'anus et chez les malades que le mot opération effraie ou que les préparatifs ou les allures d'une opération peuvent effrayer.

On peut ainsi, seul, sans aides, faire disparaître des bourrelets

Or, ce procédé ne doit pas être trop mauvais, puisque, ces jours derniers, je traitais ainsi une dame à qui j'avais fait, dans un autre point du pourtour anal, l'an dernier, cette même opération, et qui n'en avait pas gardé un si mauvais souvenir.

Les arguments invoqués en faveur du bistouri contre le fer rouge ne me paraissent pas suffisants pour faire abandonner ce dernier, dans les cas où il est indiqué.

Et d'abord la douleur : elle serait d'après les partisans du bistouri nulle dans un cas; forte, violente même dans l'autre. Il y a exagération de part et d'autre.

Si, dans la volatilisation, on prend la précaution de bien protéger la peau avoisinant l'anus, contre le rayonnement du fer par des compresses froides et exactement appliquées, elle est très supportable; je n'irai pas jusqu'à dire qu'elle est nulle, comme on dit qu'elle l'est après l'opération de Whitehead.

Je continue à comparer les deux membres de la famille cités

plus haut : le premier, opéré au fer rouge, s'est à peine plaint de souffrir ; le deuxième, opéré au bistouri, s'est plaint violemment, immédiatement après l'opération. C'est que la douleur, si elle dépend dans quelques cas du mode opératoire, dépend aussi et surtout du système nerveux de l'opéré.

M. Quénu nous a dit que les opérés à l'anus ne souffraient pas tant qu'il n'y avait pas d'infection, et comme on pouvait éviter cette infection par les procédés sanglants, il n'y avait pas de douleur dans ces cas, tandis que, ne pouvant pas l'éviter, quand on fait une opération au fer rouge, elle est inévitable.

La douleur est loin d'être fonction d'infection. Les opérés de volatilisation souffrent dans les premières heures, comme les opérés au bistouri, et plus tard ils ne souffrent plus du tout. J'insiste encore sur le point suivant :

Les malades auxquels on a fait la dilatation forcée du sphincter anal souffrent après l'opération, et je ne comprends pas comment les malades auxquels, après avoir fait la dilatation forcée de l'anus on coupe la région, seraient à l'abri de la douleur.

L'argument tiré de la rétention d'urine après l'opération n'a aucune valeur, attendu qu'on peut observer cette complication à la suite de toutes les opérations sur le rectum, et pas plus fréquemment à la suite de la cautérisation qu'à la suite des opérations sanglantes.

Pour ce qui est de l'ablation au bistouri, je ne prendrai pas votre attention pour vous décrire le *modus faciendi;* je ne veux pas ajouter une sous-variété aux procédés, sous-procédés, etc., dont il est trop souvent question.

Permettez-moi cependant deux réflexions. Tout d'abord, je ne comprends pas très bien la distinction qu'établit M. Quénu entre les hémorroïdes internes avec procidence et les hémorroïdes internes sans procidence de la muqueuse rectale.

Une hémorroïde interne ne peut sortir de l'anus qu'à la condition d'entraîner avec elle la muqueuse rectale, il y a donc toujours chute ou prolapsus plus ou moins étendu de la muqueuse rectale.

Un deuxième point est le suivant : on a dit, avec juste raison, que quand on faisait l'excision des hémorroïdes, on avait à affronter deux lignes d'inégale longueur et que, pour que cet affrontement fût aussi parfait que possible, il fallait, non faire un surjet autour de l'anus, mais faire tout d'abord un point de suture aux quatre points cardinaux, puis achever la suture.

Je ne vois pas trop comment on pourrait, par ce moyen, raccourcir l'un ou allonger l'autre.

Si je parle ainsi, c'est que j'emploie la suture en surjet discon-

tinu ; je trouve en effet ce moyen le plus commode de tous et le plus propre à économiser le sang.

Enfin, 3e point, il faudraït faire porter l'incision toujours à l'union de la muqueuse et de la peau, et ne jamais sectionner de peau.

En procédant ainsi, on risque fort de laisser dans quelques cas, tout autour de l'anus, un bourrelet cutané fort gênant.

La plupart, sinon toutes les hémorroïdes internes, sont bordées d'un bourrelet d'hémorroïdes externes formant autour des premières des franges d'inégale longueur.

Si l'on voulait s'astreindre à suivre avec le bistouri la ligne de jonction de la muqueuse à la peau, on laisserait autour de l'anus, une fois l'opération achevée, une série d'appendices qui peuvent devenir fort gênants.

Il faut donc savoir enlever la quantité de peau nécessaire pour éviter cet inconvénient, tout en évitant l'inconvénient contraire, celui d'éverser la muqueuse rectale.

M. Delbet. — Je ne veux pas reprendre la discussion à propos du rapport de M. Bazy, je veux seulement rectifier un petit point. J'ai dit que j'avais constaté des désastres avec la pince-cautère de Richet et non que j'en avais eu. Je ne me suis jamais servi, en effet, moi-même, de cet instrument. De même, mon collègue Poirier qui, s'il a enregistré des accidents dont il a été le témoin, n'en est nullement responsable.

M. Bazy. — Je ne veux, bien entendu, faire aucune personnalité ; j'ai seulement dit que les soins post-opératoires ayant, ainsi que l'a dit M. Pozzi, une grande importance, les accidents ont été dus peut-être plutôt au défaut de soins qu'au mode opératoire.

M. Berger. — La communication de M. Monod, la discussion qui l'a suivie auront au moins démontré que, chez nous, les méthodes et les opérations les plus diverses, appliquées au traitement des hémorroïdes procidentes, donnent des résultats à peu près équivalents.

Il faut d'abord s'entendre et limiter cette question au traitement du prolapsus hémorroïdaire ; il existe des hémorroïdes de bien des espèces, et confondre toutes les formes qu'elles présentent, tous les accidents qu'elles déterminent dans la même indication chirurgicale est une confusion qu'il faut éviter. J'insiste sur ce point parce que M. Routier, dans cette discussion, est venu parler de l'inefficacité de la dilatation et attribuer à Verneuil la prétention de guérir, par cette opération, les hémorroïdes procidentes,

élève de Verneuil, je ne lui ai jamais rien entendu soutenir de semblable.

Avec M. Quénu, je distinguerai, comme donnant lieu à l'intervention chirurgicale, quatre formes d'accidents hémorroïdaires :

Les hémorroïdes saignantes,

Les hémorroïdes douloureuses,

Les hémorroïdes enflammées,

Les hémorroïdes procidentes.

Plusieurs de ces formes peuvent coexister et l'on voit souvent des prolapsus hémorroïdaires enflammés et devenus irréductibles donner lieu aux douleurs les plus vives; ou, quoique réductibles, saigner abondamment à chaque défécation.

Contre les douleurs sphinctéralgiques que déterminent souvent les hémorroïdes, contre les saignements surtout, enfin pour prévenir les crises de tuméfaction douloureuse revenant à intervalles plus ou moins éloignés, mais moins que pour les deux indications précédentes, nous possédons dans la dilatation anale une ressource des plus précieuses ; mais celle-ci n'est d'aucun secours contre le prolapsus hémorroïdaire habituel qui se fait au moment des évacuations intestinales ou même dans la marche ; au contraire, elle aggrave parfois cet état en relâchant outre mesure le sphincter anal. Verneuil le savait bien et je lui ai souvent entendu dire que la dilatation était insuffisante à remédier au prolapsus hémorroïdaire.

Je ne dirai rien du traitement des crises douloureuses aiguës provoquées par les inflammations du bourrelet hémorroïdaire, véritables phlébites variqueuses, au moment desquelles il est plus prudent, je le crois, de s'abstenir, attendant pour opérer que l'infection passagère qui est la cause des accidents se soit dissipée : on peut néanmoins soulager beaucoup ceux qui en souffrent en piquant les hémorroïdes les plus distendues, sauf à les recouvrir ensuite d'un pansement antiseptique humide.

Reste le prolapsus hémorroïdaire, à propos duquel les opinions les plus contraires se sont fait jour au sein de la Société, et je vais accroître peut-être cette cacophonie chirurgicale en me disant le partisan d'une pratique qu'aucun autre de nos collègues n'emploie peut-être. Oui, dussé-je exciter la stupéfaction douloureuse de M. Delbet et m'entendre accuser par mon ami Quénu de tendances qui sont un *recul incontestable* et le *contraire du progrès* c'est à la cautérisation que j'ai encore recours, à la destruction des hémorroïdes procidentes par la cautérisation. Mais ce n'est pas au thermocautère que je m'adresse, comme MM. Tillaux et Pozzi : le moyen est encore trop moderne. C'est à la *volatilisation* de M. Richet, c'est à sa pince-cautère que, depuis vingt-cinq ans,

j'ai recours, tout au moins dans le plus grand nombre des cas où la destruction du prolapsus hémorroïdaire me semble nécessaire. Vous savez quel est le mode d'application de ce procédé. Le malade ayant été purgé l'avant-veille, sans même qu'il soit besoin de raser l'anus et ses alentours, et en ne pratiquant qu'au moment même où le malade est endormi un nettoyage sommaire de la région anale et de l'intérieur de l'ampoule rectale, on pratique d'abord la dilatation anale avec un spéculum bivalve ordinaire; le spéculum Trélat ne me paraît pas nécessaire; puis les paquets hémorroïdaires les plus volumineux sont traversés tout près de leur pédicule rectal par une anse de crin de Florence ou de forte soie au moyen de laquelle on les attire très fortement au dehors (j'ai renoncé au fil métallique préconisé par Richet; avec un peu d'attention, on évite facilement de brûler le fil avant que l'hémorroïde ne soit solidement pincée). On garnit soigneusement de compresses humides la peau environnante et, avec la pince portée au rouge sombre, on saisit en plein l'hémorroïde jusque tout près de sa base. On entend un grésillement, on voit le pédicule du peloton hémorroïdaire se détacher et se rétracter vers l'anus et la pince vous reste entre les mains avec les cendres de l'hémorroïde qu'on vient de détruire. On recommence avec le même fer qui conserve assez de calorique pour détruire trois ou même quatre paquets hémorroïdaires. La destruction finie, on introduit dans l'anus une mèche de gaze saupoudrée de poudre de salol, on met sur l'anus une compresse stérilisée et un peu d'ouate.

Le quatrième ou le cinquième jour, on administre un purgatif; en le rendant, l'opéré expulse la mèche de gaze que l'on ne renouvelle plus; on continue à appliquer sur le fondement un pansement antiseptique humide que l'on renouvelle tous les jours. Du septième au dixième jour, le malade se lève; il peut presque aussitôt reprendre toute son activité; il commence à sortir le douzième jour au plus tard, continuant à appliquer sur l'anus un pansement et à faire deux lavages par jour jusqu'au moment où les pertes de substance déterminées par la cautérisation sont complétement cicatrisées, ce qui demande encore quelques jours et parfois deux ou trois semaines.

Résultats. — Qu'ai-je observé à la suite de ces opérations que depuis vingt-cinq ans j'ai pratiquées pour presque tous les cas d'hémorroïdes procidentes que j'ai eus à traiter?

Le seul accident de quelque importance que j'aie vu se produire a été une hémorragie survenue vers le cinquième jour après une garde-robe dure; cette hémorragie, je le crois, n'a eu quelque abondance qu'à cause de la peine que l'on s'est donnée pour la faire cesser. Le tamponnement de l'anus, au besoin une valve

dans l'anus, une pince hémostatique sur l'artériole qui donne, en auraient aussitôt raison ; c'est, d'ailleurs, un accident possible avec tous les procédés opératoires dirigés contre les hémorroïdes ; il est tout à fait exceptionnel quand on emploie celui de Richet.

Je n'ai jamais vu se produire de complications septiques, suppuratives ou autres.

Jamais je n'ai observé de rétrécissement consécutif; le soin que l'on a de laisser, entre les paquets hémorroïdaires que l'on détruit, de grands espaces libres de peau et de muqueuse, met à l'abri de ce genre de complications tardives.

Je n'ai presque jamais eu à revenir sur le résultat obtenu, qui a presque toujours été la guérison définitive de tous les accidents liés à l'existence des hémorroïdes. Il m'est arrivé deux fois ou trois peut-être, ayant borné la destruction au paquet hémorroïdal le plus volumineux, d'avoir, par la suite, à en traiter un ou deux autres de la même façon; c'était la conséquence forcée d'une opération incomplète.

Quelles sont donc les objections que les partisans de l'extirpation sanglante et particulièrement de la méthode de Whitehead font à la cautérisation?

Les douleurs très vives que détermine l'opération? avant hier, j'interrogeais à ce point de vue une malade que j'avais, trois jours avant débarrassée d'un gros prolapsus hémorroïdaire par volatilisation. « Monsieur, me dit-elle, je n'ai pas souffert après. » « Mais, pourtant, cela vous a fait mal dans la journée? » — « Ce n'était rien auprès des douleurs que je ressentais d'ordinaire dans mes crises. »

Si les malades souffrent, s'ils ont du ténesme, de la rétention d'urine, cela tient surtout à la mèche que l'on laisse dans le rectum; aussi suis-je arrivé à la supprimer presque toujours. Il y a, au point de vue des douleurs que les malades ressentent après les opérations, de grandes différences individuelles, mais on peut dire d'une façon générale que la destruction complète d'un bourrelet hémorroïdal par le procédé de Richet n'entraîne pas de souffrances vives.

La longueur plus grande du temps nécessaire à la guérison est un des plus grands reproches que l'on fait à la cautérisation.

A cet égard. je conviens qu'elle a quelque infériorité et que les pansements doivent être continués pendant quelques semaines avant que l'opéré puisse s'en dispenser entièrement; mais ce sont des pansements extérieurs très simples que le malade peut faire lui-même. Il se lève le 8e jour, quitte l'hôpital, la chambre et reprend ses travaux du 12e au 15e jour ; quelle est à cet égard la supériorité du Whitehead lui-même? Prenons les chiffres de

M. Quénu : ses opérés ont eté guéris au bout de 10, 12, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 et 28 jours; trois d'entre eux seulement ont mis moins de quinze jours à guérir sur un total de dix-sept.

En revanche, l'opération de Whitehead et les opérations analogues exigent une préparation du rectum minutieuse, pénible pour le malade et qui exige plusieurs jours de soins; l'opération nécessite après elle un tamponnement rectal strict. La moindre lacune dans les conditions d'asepsie qu'elle doit réunir menace la plaie de désunion et le malade de conséquences prolongées et tout au moins désagréables.

Somme toute, ce que l'on reproche à la cautérisation, c'est d'être un retour au passé, « un recul incontestable », une pratique « contraire au progrès ». Comme M. Tillaux, j'y vois au contraire un mode de procéder plus simple, inoffensif, qui n'est guère plus long que l'opération sanglante et pas plus douloureux, qui est tout au moins aussi efficace et qui a sur celle-ci l'avantage de pouvoir être pratiquée partout et par tous. Aussi, sans être l'adversaire de l'opération de Whitehead, admettant volontiers que certains chirurgiens la préfèrent, je ne vois aucune raison pour abandonner une manière de faire qui, depuis le commencement de ma pratique, ne m'a donné que des succès.

M. Routier. — J'accepte parfaitement la distinction anatomopathologique faite par M. Berger; mais je puis lui affirmer que la dilatation simple n'est qu'un mauvais palliatif contre les hémorroïdes, à quelque forme qu'elles appartiennent; je ne l'ai pas employée précisément contre des prolapsus; bien que plein de déférence pour ce qu'ont pu m'enseigner mes maîtres, j'ai gardé suffisamment d'esprit critique pour ne pas avoir songé à guérir des prolapsus par la dilatation du sphincter.

J'ai dit et je répète que les hémorroïdes traitées par la dilatation simple ont récidivé, et c'est pour cela que j'ai changé de manière de faire.

Verneuil ne m'avait jamais enseigné que la dilatation fût bonne pour tel cas, mauvaise pour d'autres; je dis ceci sans croire attenter à sa mémoire; j'ai toujours cru que Verneuil traitait tous les hémorroïdaires par la dilatation simple. C'est à son exemple que j'avais traité les premiers cas de ma pratique par ce moyen, et j'ai cru précisément, à cause de récidives, devoir changer de façon d'agir.

M. Tuffier. — Notre discussion sur le procédé de Whitehead dans le traitement des hémorroïdes s'est étendue et nous sommes maintenant engagés dans les indications opératoires générales de

cette maladie. Je vais donc envisager deux points : 1° l'indication opératoire; 2° le manuel opératoire.

Les accidents qui nous conduisent à l'intervention sont : les hémorragies, les douleurs, le prolapsus.

Je diviserai les hémorroïdes accompagnées *d'accidents* en trois groupes : les hémorroïdes auxquelles il ne faut pas toucher, — celles que l'on peut opérer, — celles que l'on doit opérer :

1° J'ai suivi pendant de longues années des malades qui perdent presque à chaque selle un peu de sang, et auxquels je n'ai proposé aucune intervention. Les uns sont des malades à tempérament sanguin, dont la face est congestionnée, dont tous les vaisseaux sont variqueux, dont les vaso-moteurs tout particulièrement sensibles, provoquent des congestions cutanées ou viscérales passagères, et qui, malgré leurs pertes sanguines, conservent une santé et une activité parfaites. D'autres sont des névropathes plus ou moins dégénérés, irritables. J'ai vu une de ces malades qui, après la suppression de ses hémorroïdes, eut des crises de véritable manie, et je ne sais vraiment pas dans quelle mesure mon intervention fut responsable de ces accidents ;

2° L'intervention n'est pas plus urgente dans ces cas d'hémorragie peu abondante, de prolapsus léger pendant la défécation.

3° En dehors de ces cas, les hémorragies graves ou entraînant l'anémie du malade, douleurs vives pendant ou après la défécation, prolapsus volumineux progressif ou difficilement réductible constituent des indications opératoires.

Les procédés à employer ne me paraissent pas résider dans la seule et unique excision à la Whitehead plus ou moins modifiée, simplifiée ou compliquée, et je me range sur ce point à un éclectisme qui ne me semble nullement suranné ou rétrograde. Les cas que j'ai vus et suivis sont assez anciens et assez nombreux pour permettre ces distinctions. Les *hémorroïdes douloureuses* dont j'ai vu plusieurs exemples reconnaissent des indications opératoires différentes suivant la nature de ces douleurs. Il y a environ deux ans, je fus consulté avec plusieurs de mes collègues par un hémorroïdaire qui présentait des hémorragies insignifiantes avec un léger prolapsus de trois ou quatre bourrelets pendant la défécation et s'accompagnant de douleurs vives, douleurs qui persistaient pendant une demi-heure, une heure et plus; l'examen me montra que, entre deux des tuméfactions, il existait une légère exulcération. Je refusai de pratiquer l'extirpation, je traitai mon malade comme un vulgaire fissuraire, par la vieille, banale et inoffensive dilatation, il n'a plus jamais souffert et il n'est plus question de ses hémorroïdes.

Les *hémorragies* et le *prolapsus* constituent les deux grands

accidents qui nous obligent à intervenir : les hémorragies, je les ai presque toujours vues sourdre d'une même hémorroïde; et pendant l'opération, chez un de mes malades, j'ai vu la cause même de cette perte de sang; l'hémorroïde en question, qui n'était pas la plus volumineuse, présentait une artère ouverte que je dus lier pendant l'opération.

Le *prolapsus* hémorroïdaire est l'indication la plus fréquente et je parle du processus habituel et réductible.

Ici intervient le choix du procédé opératoire. Je me hâte de vous dire que du moment où vous détruisez l'hémorroïde sans accident, tous les procédés sont bons, tous m'ont donné des succès parfaits et durables. La cautérisation au fer rouge, au mauvais thermocautère; l'excision et la suture, l'opération de Whitehead ont guéri également nos malades. Je n'attache aucune importance réelle à ce prétendu état variqueux général de la muqueuse rectale qui devrait fatalement amener une récidive; cela est absolument fantaisiste puisque ni M. Tillaux ni M. Pozzi n'ont vu ces fameux récidivistes. Il faut donc chercher ailleurs l'indication à l'exérèse radicale. Il faut avant tout se comporter suivant les cas, et l'expérience me conduit à cette conclusion. En face d'un hémorroïdaire avec accidents hémorragiques graves, je fais d'abord la dilatation anale et c'est après ce premier temps que je prends un parti. Si je trouve sur la muqueuse rectale deux ou trois points variqueux non procidents, j'en fais la cautérisation ignée au thermocautère. Après l'ignipuncture, je rentre le tout dans le rectum avec une mèche aseptique que j'enlève après vingt-quatre heures. Lorsque ces mêmes varices sont procidentes, pédiculées, je les sectionne à leur base, je fais l'hémostase par ligature et je suture au catgut la plaie muqueuse.

Si enfin le bourrelet fait un cercle complet, je pratique le procédé de Whitehead, que je trouve facile, commode, donnant un résultat bien net, bien propre, bien radical. Je me suis toujours conformé aux préceptes donnés par l'auteur de la méthode, je ne l'ai point modifiée et je m'en suis bien trouvé.

A mon avis ce sont surtout pour les cas d'hémorroïdes avec prolapsus, que l'indication de l'exérèse radicale est formelle; c'est alors que le Whitehead me paraît la seule méthode applicable, la seule logique et efficace, à condition de ne pas faire de perte de substance trop étendue, de ne pas avoir de tiraillements de la muqueuse. Le résultat est vraiment alors, digne de tous les éloges, que lui ont donné ici ses défenseurs peut-être trop exclusifs.

Je crois donc que là comme ailleurs en thérapeutique chirurgicale, il faut être éclectique et appliquer à chaque cas le procédé qui lui convient.

M. Paul Reclus. — Il me semble ressortir de la discussion actuelle que le traitement des hémorroïdes possède à son actif plusieurs méthodes excellentes. Mais si nous ne pouvons contester la valeur de l'ignipuncture après les déclarations de MM. Tillaux, Berger et Pozzi, je persiste à croire que l'exérèse sanglante, suivie de réunion immédiate, est vraiment supérieure. M. Pozzi nous dit que l'ignipuncture guérit *facilement*, *sûrement* et *radicalement* les hémorroïdes : l'exérèse sanglante peut, à mon avis, et même à plus juste titre, se réclamer de ces trois adverbes.

Et parmi ces procédés d'exérèse sanglante, permettez-moi de préférer le mien, et justement à cause de sa facilité et de sa sûreté. On a appelé ce procédé un Whitehead partiel. Ce mot me parait inexact. Vers 1887 ou 1888, lorsqu'on avait enfin conquis, surtout par l'iodoforme, l'antisepsie de la région anale, lorsque déjà nous pratiquions au bistouri l'extirpation des trajets fistuleux, j'eus l'idée de sectionner les hémorroïdes aux ciseaux et de réunir par la suture la peau à la muqueuse. Je n'avais nullement connaissance de l'opération analogue de Whitehead. Mes élèves me voyaient pratiquer ce mode d'intervention : je m'en entretenais dans mes cliniques familières, mais je n'avais rien publié sur ce sujet et je croyais que tous mes collègues avaient eu, comme moi, la pensée de remplacer le thermocautère par le bistouri.

Aussi, grand fut mon étonnement lorsque quatre ou cinq ans après, en 1892, M. Delorme nous fit sa communication sur le procédé de Whitehead. A l'opposition qu'il souleva, je vis que l'exérèse au fer rouge comptait encore, comme adeptes, la plupart des membres de la Société de chirurgie. Mais je n'avais rien à réclamer comme priorité puisque le chirurgien anglais avait, au moins cinq ans avant moi, imaginé et pratiqué l'exérèse au bistouri et la réunion immédiate par la suture.

Ce que je puis dire, c'est que mon procédé me paraît plus simple et aussi efficace que le sien et je n'ai pas compris l'objection de M. Pierre Delbet qui le déclare inapplicable au plus grand nombre des cas. J'y ai toujours recours et je ne l'ai jamais trouvé en défaut. L'opération consiste à enlever le tissu altéré, tout le tissu altéré, mais rien que le tissu altéré par l'ectasie veineuse. Lorsqu'il y en a peu, mon exérèse est limitée ; lorsqu'il y en a beaucoup, lorsqu'il existe un bourrelet, une sorte de couronne variqueuse autour de l'orifice anal, je l'extirpe entièrement, mais sans m'astreindre à cette disection, à ce décollement systématique et minutieux de la muqueuse, préconisé par Wihtehead, et qui est pour le moins inutile, lorsqu'il n'y a que quelques renflements hémorroïdaires à extirper. Je m'arrête au niveau du point où la muqueuse cesse d'être soulevée par les ectasies veineuses. Je reste

à la limite du tissu sain et du tissu malade et je ne crois pas qu'il y ait inconvénient à rester plutôt en deçà qu'en delà. Les derniers ramuscules hémorroïdaires sectionnés s'oblitèrent par formation de la cicatrice, et jamais, dans mes opérations, qui ont été fort nombreuses depuis dix à douze ans, jamais je n'ai constaté de récidive.

Autrefois, je me préoccupais de laisser, en deux points opposés, un peu de muqueuse intacte pour éviter un rétrécissement cicatriciel; mais j'ai bien vite renoncé à cette manœuvre contre un danger imaginaire. Le rétrécissement appartient à la chirurgie de la période pré-antiseptique; il était dû aux suppurations profuses, au tissu cicatriciel qui leur succédait et à la rétraction inodulaire. Maintenant, avec la réunion immédiate de la peau à la muqueuse, rien de semblable n'est à craindre. Voilà pourquoi je pratique une exérèse limitée pour des hémorroïdes limitées, une exérèse totale pour les bourrelets circonférentiels, et cela vraiment me paraît aussi simple que logique.

Cette exérèse, commandée par l'étendue des lésions, et non toujours la même, comme dans le procédé de Whitehead, l'absence de ligatures des vaisseaux, l'hémostase étant assurée par mes fils en bourse, cheminant en plein tissu comme dans les périnéorraphies, l'emploi systématique du catgut, de façon à n'avoir plus à retirer mes fils, enfin l'anesthésie à la cocaïne, voilà les points spéciaux qui différencient mon procédé de celui de Whitehead. Si je vous le propose, c'est qu'il guérit *facilement*, *sûrement* et *radicalement* les hémorroïdes, car, je vous le répète, je revendique pour lui les trois adverbes que M. Pozzi applique à l'ignipuncture.

Rapport.

Note sur les rétrécissements inflammatoires du cæcum, à propos d'une observation du Docteur DEMOULIN.

M. GÉRARD MARCHANT, rapporteur.

L'observation de M. le Dr Demoulin, sur laquelle je suis chargé de vous faire un rapport, peut être résumée de la façon suivante : *Symptômes d'occlusion intestinale occasionnés par un rétrécissement inflammatoire du cæcum. Résection partielle de cette portion de l'intestin. Guérison opératoire et thérapeutique.*

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, auprès de laquelle

M. Demoulin fut appelé comme chirurgien de garde le 4 avril 1897, dans le service de notre collègue Bazy, à l'hôpital Tenon. Elle présentait depuis quatre jours des phénomènes abdominaux, coliques, vomissements, avec interruption du cours des matières et des gaz, survenus brusquement sans cause appréciable. Le chirurgien fut surtout frappé par le facies abdominal, grippé, de la patiente, dont le pouls était à 120 pendant que les extrémités (lobule du nez, langue, mains) étaient refroidies. Le ventre était uniformément ballonné, mais à un degré modéré, peu douloureux. Dans une cuvette surnageait un vomissement franchement fécaloïde.

Trois diagnostics se présentaient à l'esprit; *appendicite, péritonite généralisée* ou *occlusion intestinale*, de siège *probablement* élevé, pensa M. Demoulin en raison du ballonnement modéré du ventre.

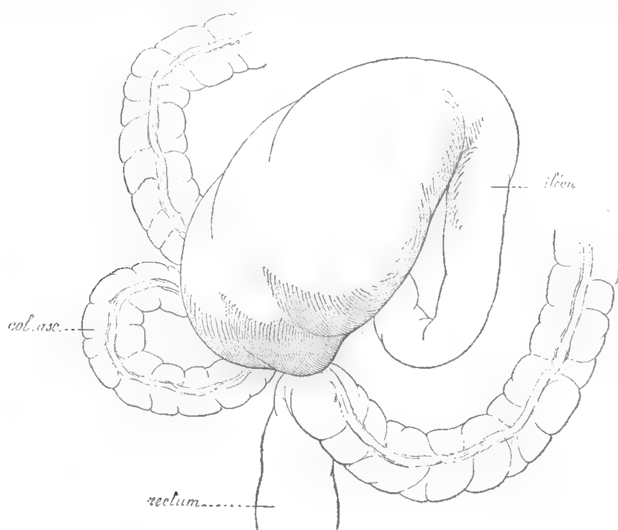
Acceptant cette dernière hypothèse, notre collègue, après anesthésie par l'éther, pratiqua une laparotomie médiane.

Je cite textuellement l'observation :

Le péritoine ouvert était sain; les intestins, modérément distendus, étant maintenus par des compresses chaudes, j'allai d'abord à la découverte du cæcum, afin de pouvoir m'orienter dans mes recherches. Je le trouvai facilement, absolument libre d'adhérences, et je constatai qu'il était le siège d'une induration très manifeste sur sa face externe. Je l'attirai dans la plaie de la paroi, et je vis sur cette face externe une saillie déprimée à son centre, qui ressemblait absolument à un col utérin. Ne croyant pas que cette tumeur, en somme circonscrite, et qui ne me paraissait pas oblitérer la lumière du cæcum, fût à elle seule la cause de l'occlusion, je dévidai rapidement l'intestin grêle, du cæcum au duodénum, en le réduisant dans la cavité abdominale, à mesure que je l'avais inspecté; et, nulle part, je ne trouvai d'obstacle à la circulation des matières.

Je revins à la région iléo-cæcale que j'examinai de nouveau et de plus près. L'intestin grêle, à son embouchure dans le cæcum, était absolument sain; la région de la valvule était souple, mince, n'offrait aucune trace de tumeur. *L'appendice, long de 6 à 7 centimètres, ne présentait pas d'altérations.* J'ai déjà dit qu'il y avait, sur la face externe du cæcum, une grosse saillie commençant à 1 centimètre environ au-dessus de son fond, longue de 4 centimètres environ, large de 3 centimètres et demi et ressemblant à un gros col utérin. En la palpant, je constatai qu'elle s'avançait dans la cavité de l'intestin, et qu'elle pouvait avoir le volume d'une noix verte. — Que faire? J'étais fort embarrassé, la malade était trop faible pour supporter une résection du segment iléo-cæcal. Fallait-il établir un anus contre nature sur la fin de l'intestin grêle, ou bien tenter une résection partielle du cæcum, si toutefois la chose était faisable? Et l'idée de cette dernière intervention

ne m'était suggérée que par ce fait, qu'il me paraissait possible d'enlever la tumeur cæcale sans trop rétrécir le calibre de l'intestin, et aussi, par cette considération, que je pouvais être en présence d'une tuberculose cæcale limitée; or, je savais qu'en pareil cas, la résection partielle avait donné de bons résultats. Je fis sur la face antérieure du cæcum une incision verticale d'environ 4 centimètres de longueur, commençant à 1 centimètre au-dessus de son fond. Par cette incision j'introduisis le doigt, je constatai que la tumeur faisait saillie dans la lumière de l'intestin et se composait de deux lobes de volume à peu près égal, séparés par une rainure. En écartant les lèvres de l'incision, je pus voir que la tumeur était formée par plusieurs nodosités, réunies



Disposition schématique de la région iléo-cæcale laissée en place, à l'ouverture de l'abdomen.

en deux masses, l'une supérieure, un peu moins volumineuse que l'inférieure, et que la rainure qui les séparait correspondait au bord libre de la valvule iléo-cæcale. La muqueuse qui recouvrait la tumeur était épaissie, faisait corps avec elle, mais n'était point ulcérée, à peine enflammée. J'introduisis, très facilement, un tube de caoutchouc, du volume de l'index, dans l'intestin grêle, par la valvule iléo-cæcale, et je pinçai sur le bout de ce tube qui faisait, d'autre part, saillie dans le gros intestin, les parois du cæcum en dedans des limites de la tumeur. Il me parut que le tube ne serait pas trop serré quand, après l'ablation de la tumeur, j'aurais opéré, par la suture, le rapprochement des parois du gros intestin. Mon parti fut vite pris. Je circonscrivis la tumeur par une incision postérieure que je recourbai à ses deux extrémités pour lui faire rejoindre l'incision exploratrice primitive. — Puis, sur le tube resté en place, je fis vite, mais aussi minutieusement que possible, avec de la soie, une suture à trois étages (muqueuse, plan mus-

culaire, plan séreux). — Quand ces trois plans ne laissèrent plus qu'un orifice suffisant pour retirer le tube, je l'enlevai avec une pince de Kocher, et j'achevai la suture comme je le pus.

Je ne touchai pas à l'appendice. Je ne drainai pas et fis, pour aller vite, la suture de la paroi, en un seul plan, avec de gros fils de soie. L'opération avait duré une heure. La malade était très affaiblie; on lui fit des piqûres d'éther et de caféine, et je recommandai de pratiquer, après mon départ, des injections de sérum artificiel.

Cette opération avait été faite dans des conditions si précaires que notre jeune collègue considérait sa malade comme perdue, et que, par une réserve que nous avons tous éprouvée après des batailles désespérées, il osait à peine en demander des nouvelles. Aussi, douce fut sa surprise, lorsque M. Bazy, le rencontrant huit jours après lui dit : « Mais votre opérée va très bien. » Et, dans un sentiment des plus louables et que je tiens à souligner, M. Demoulin écrit « *que son opérée ne dut son salut qu'aux soins éclairés qu'elle reçut* et aux injections de sérum artificiel qui *lui furent faites quotidiennement, à la dose d'un litre par vingt-quatre heures* ».

Ce qui est certain, c'est que les vomissements cessèrent dès le lendemain de l'intervention et que le cours des gaz, d'abord, puis au neuvième jour, des matières se rétablit. Vingt-huit jours après cette intervention, c'est-à-dire le 2 mai, l'opérée quittait l'hôpital absolument guérie, et revue six mois après elle assurait qu'elle n'avait jamais joui d'une santé aussi florissante.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, ce n'est pas tant le succès opératoire auquel nos jeunes collègues nous ont habitués que les révélations de l'histologie au sujet de cette tumeur.

« Elle mesurait 4 centimètres de longueur, 3 centimètres à 3 cent. 1/2 de largeur, son épaisseur (partie qui s'étendait de la face externe du cæcum à la valvule) 2 cent. 1/2. MM. Castaigne et Lavillauroy, internes des hôpitaux, firent des coupes qu'ils montrèrent à M. Gombault, l'éminent histologiste, et dans lesquelles on ne reconnut d'autres lésions que celles d'une inflammation banale, ayant envahi la tunique celluleuse de l'intestin. On crut avoir fait les coupes dans le tissu voisin de la tumeur, on recommença les examens sur d'autres parties de la portion enlevée, et le résultat de l'examen microscopique fut le même. L'examen histologique montra que ce n'était ni un néoplasme, ni de la tuberculose ni du lymphadénome, mais simplement un épaississement inflammatoire comblant et épaississant la tunique sous-muqueuse. »

Les observations de *rétrécissement inflammatoire du cæcum*

sont rares, et il faut remercier M. Demoulin de nous en avoir présenté un exemple aussi typique.

Dans nos Bulletins de 1894, vous trouverez un fait très instructif de rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cæcale, dû à notre collègue Hartmann, et qui nous a valu un intéressant rapport de M. Richelot.

Dans ce cas encore, l'examen à l'œil nu, l'histologie, la recherche bactériologique démontrèrent qu'il n'y avait ni *cancer* ni *tuberculose*, mais seulement des lésions inflammatoires chroniques, siégeant plus spécialement dans la sous-muqueuse, et entraînant une hypertrophie de *la couche musculaire.*

Je puis moi-même vous fournir une observation des plus curieuses de ce genre de lésions.

En juin 1895, j'opérai à l'hôpital Tenon une femme de quarante-cinq ans qui était entrée dans mon service pour des phénomènes d'obstruction intestinale. — Cette femme ayant été opérée deux fois, pour un kyste de l'ovaire, puis pour une ptose rénale — je cherchai d'abord si du côté de l'utérus, ou du côté du rein, se trouvait la cause de l'occlusion intestinale. Dans ces régions les anses intestinales étaient parfaitement mobiles. Dans la région ombilicale, je rencontrai un paquet d'anses intestinales adhérentes les unes aux autres, rattachées à la colonne vertébrale par un mésentère court, très épaissi, très vascularisé. Je cherchai à séparer les anses les unes des autres; deux d'entre elles étaient particulièrement adhérentes, et coudées sur elles-mêmes. Une fois les anses libérées on se rendit compte du passage facile des liquides d'un côté à l'autre du tube étranglé et coudé. Je crus avoir levé l'obstacle et refermai le ventre.

Cette opération avait été faite par acquit de conscience, puisqu'au moment de l'intervention la température marquait 36 degrés, les extrémités étaient froides, le pouls très faible et les urines albumineuses, et à sept heures du soir, ce même jour, la malade succombait.

L'autopsie nous *révéla des surprises.* L'ensemble des anses intestinales était distendu, rattaché à la colonne vertébrale par un mésentère très épaissi, comme éléphantiasique. Les anses intestinales sont déroulées du duodénum vers le cæcum après avoir constaté que l'estomac est petit et ratatiné.

Vers la fin de l'iléon, l'intestin prend des proportions énormes, et, au voisinage du cæcum, il est renflé comme un estomac. Les côlons ascendant, transverse et descendant sont légèrement diminués de volume. Le cæcum est absolument atrophié. L'angle iléo-cæcal est enfoncé dans une petite masse de consistance fibreuse à laquelle le côlon ascendant et le rectum sont adhé-

rents et qui présente en arrière la terminaison du mésentère. La poche terminale de l'iléon recouvre l'angle iléo-cæcal et le sépare de la paroi abdominale. Cette disposition fait comprendre comment l'induration fibreuse péricæcale du volume d'*une grosse noix* a échappé à l'exploration clinique.

L'étude très attentive de cette poche faite par mon interne, M. Wintrebert, a révélé des communications de l'iléon avec le côlon pelvien (c'est la voie que suivaient les matières), avec le côlon transverse, etc.

Au milieu de toutes ces lésions, l'appendice était sain.

L'examen histologique a été fait avec la même conscience, et je copie textuellement la note que m'a remise M. Wintrebert.

Le *rétrécissement* a été étudié sur des coupes faites perpendiculairement à la direction du canal iléo-cæcal et sur des coupes parallèles à celui-ci; toutes se montrent constituées en majeure partie et dans toute l'épaisseur de faisceaux fibreux entrecroisés au milieu desquels on remarque des faisceaux musculaires épars et disséminés; à la périphérie font apparition des vésicules adipeuses; tapissant le canal iléo-cæcal, quelques débris de revêtements muqueux sont trop altérés pour qu'on puisse en donner une description; les faisceaux fibreux se montrent abondants et serrés dans la sous-muqueuse; on n'aperçoit aucun vestige de culs-de-sac glandulaires.

La *paroi de l'iléon* dilaté est très épaisse; on note une hypertrophie notable de la couche musculaire; des dilatations glandulaires existent dans la sous-muqueuse, mais sans prolifération des culs-de-sac, pour lesquels les bandes fibreuses sous-jacentes constituent une barrière non franchie; quelques vaisseaux sont entourés d'une couronne de leucocytes.

La *paroi cæcale* présente une multiplicité plus grande encore des cavités kystiques, qui s'étagent en plusieurs couches, et dont les parois adossées ne sont séparées par aucun élément; elles forment des cercles plus ou moins réguliers, qui ne communiquent pas entre eux; les cellules sont cylindriques, sur un seul plan; il n'existe aucune prolongation de boyaux épithéliaux dans la profondeur où se montre la même surproduction fibreuse.

Le mésentère, dur, épais, sans ganglions hypertrophiés, est constitué par du tissu scléro-adipeux; nulle part on ne rencontre de nodules tuberculeux.

Il est difficile de mettre sur cette lésion une étiquette définitive; les particularités qu'elle présente sont de caractère négatif. Il n'y a aucune raison de la considérer comme tuberculeuse ou syphilitique, et malgré le grand nombre de dilatations glandulaires, nous ne la croyons pas de nature cancéreuse. Peut-être doit-elle être rapprochée de la lésion, assez mal déterminée du reste, étudiée sur l'estomac sous le nom de sclérose sous-muqueuse hypertrophique, ou encore de linite plastique, de Brinton, aboutissant à l'hypertrophie, à la sclérose pariétale

et au rétrécissement de l'organe; d'après notre maître le D[r] Gombault, quelques-uns des cas publiés sous cette appellation ne la mériteraient pas et présenteraient au milieu des vaisseaux fibreux des alvéoles remplies de cellules, bien différentes des leucocytes avec lesquels on les a confondues, présentant tous les caractères de cellules épithéliales. Nous n'avons pas trouvé dans notre cas d'îlots cellulaires comparables.

Quoi qu'il en soit, l'envahissement total, particulièrement de la sous-muqueuse par un tissu de sclérose dense et rétractile, *est en faveur d'une lésion purement conjonctive et d'origine inflammatoire chronique; cet état scléreux marque le stade définitif d'une lésion irritative sans qu'on puisse préciser la cause réelle qui a localisé l'irritation à cette partie de l'intestin; la présence de la poche anormale sus-cæcale témoigne de la réalité de ce processus; car elle est bien le reliquat d'un abcès ouvert consécutivement dans les cavités intestinales voisines.*

Comme la linite plastique du pylore, la lésion qui nous occupe est orificielle; dans le cas de sclérose sous-muqueuse gastrique, les altérations sont souvent étendues à l'intestin et au péritoine, et, dans ce cas, elles restent sus-ombilicales, limitées à l'épiploon gastro-hépatique, à l'arrière-cavité des épiploons ; inversement, dans le cas qui nous occupe, la lésion est tout entière sous-ombilicale.

Messieurs, il m'aurait peut-être été facile de trouver quelques faits similaires dans les thèses (1) parues dans ces dernières années et traitant de la résection du segment iléo-cæcal de l'intestin.

Nous voyons, en effet, dans les cas où ni le cancer, ni la tuberculose, ne sont en cause, dans les observations intitulées : *Rétrécissements cicatriciels*, des lésions fort étendues du cæcum, souvent accompagnées de fistules stercorales et toujours de péri-typhlites, lésions siégeant aussi, dans beaucoup de cas, sur la terminaison de l'intestin grêle et telles qu'on a dû réséquer une partie de ce dernier et le cæcum, souvent confondus l'un avec l'autre, méconnaissables, et présentant parfois l'aspect macroscopique d'un néoplasme, ainsi que Billroth (2) y insiste. Mais ces faits ne sont pas absolument démonstratifs, car, la plupart des observations sont muettes sur l'état de l'appendice qui a pu être le premier en cause.

Les trois observations que je viens de vous citer établissent

(1) *a*) Baillet. De la résection du segment iléo-cæcal de l'intestin, *thèse*, Paris, janvier 1894.

b) André Carel. Contribution à l'étude de la résection de l'anse iléo-cæcale, *thèse*, Paris, novembre 1897.

c) E. Diet. De l'entéro-anastomose (Opération de Maisonneuve), dans les rétrécissements intestinaux, *thèse*, inspirée par Boiffin, Paris, février 1895.

(2) Billroth. *Wiener klinische Wochensch.*, n° 34, August, 1891.

d'une façon indiscutable l'existence des rétrécissements inflammatoires du cæcum, c'est-à-dire qui n'ont rien de commun avec les rétrécissements tuberculeux ou néoplasiques qui peuvent siéger sur ce même point du gros intestin.

Mais, sous quelle influence surviennent ces rétrécissements inflammatoires?

La première pensée est d'examiner l'appendice. Mais il était sain dans le cas de M. Demoulin, ou du moins il avait toutes les apparences d'intégrité. Dans mon observation personnelle il était absolument indemne de toute lésion.

M. Letulle, à la Société anatomique (16 juillet 1897) à l'occasion de la présentation de la pièce de M. Demoulin, a émis l'hypothèse d'un corps étranger. « Il est probable, dit-il, qu'il y avait au niveau de la valvule iléo-cæcale un corps étranger au niveau duquel la paroi du cæcum s'était irritée et enflammée. »

Et M. Demoulin trouve cette explication très plausible. « Il se peut, dit-il, qu'il ait été présent à un moment donné et qu'il ait amené par son enclavement dans la valvule une occlusion intestinale: peut-être a-t-il été refoulé dans le côlon par les manœuvres faites pour attirer le cæcum dans la plaie de la paroi abdominale. » C'est une démonstration qui reste à faire.

Dans mon observation il existait une petite poche, au niveau de l'angle iléo-cæcal, poche renfermant comme un résidu d'abcès, peut-être était-ce là l'origine du processus inflammatoire ayant abouti à ces transformations fibreuses et à ces communications anormales.

Je m'arrête dans la discussion de ces hypothèses, mais j'ai tenu à montrer devant vous que la pathogénie de ces rétrécissements inflammatoires restait encore obscure, dans les cas où des lésions appendiculaires ne pouvaient être incriminées.

Je serai très bref sur le traitement. M. Hartmann a fait avec succès la résection de l'anse iléo-colique, et il a bien voulu m'écrire que chez sa malade revue en janvier 1899, le fonctionnement de l'intestin était resté normal.

M. Demoulin a pratiqué la *résection partielle du cæcum*.

Dans les cas enfin où la fusion des diverses portions de l'intestin et les communications anormales sont telles qu'on ne peut songer à une résection, ne pourrait-on réaliser de propos délibéré ce que la nature avait créé dans mon cas particulier, mais insuffisamment, à savoir une anastomose entre l'iléon et une portion saine du côlon, de préférence le côlon pelvien?

Je serais heureux si l'observation de M. Demoulin amenait à la tribune quelques-uns de nos collègues, qui éclairciraient les points restés obscurs dans mon rapport. Ce sera le meilleur remercie-

ment à adresser à M. Demoulin, en attendant que nous l'inscrivions dans un rang honorable parmi les candidats au titre de membre titulaire de notre Société.

M. Reclus. — Je voudrais savoir si, le ventre ouvert, le diagnostic est facile entre un cancer, la tuberculose ou ces tumeurs simplement inflammatoires.

M. Marchant. — Je ne crois pas le diagnostic facile puisque, même les pièces en main, il est prudent de ne pas affirmer la nature de la tumeur, avant un examen histologique.

M. Reclus. — Pourquoi la résection était-elle impossible; à cause du volume de la tumeur?

M. Marchant. — Dans mon cas la résection n'était pas possible à cause de la fusion et des communications anormales entre plusieurs anses intestinales.

M. Reclus. — J'ai eu un cas analogue, je me trouvais en présence de quatre bouts, je les mis tous les quatre dehors. C'était une masse tuberculeuse, naturellement deux de mes bouts ne signifiaient rien, le malade a guéri.

Présentation de pièces.

Tumeur cancéreuse du cæcum et de la partie terminale de l'iléon. Ablation par laparotomie.

M. Monod présente, au nom de M. le Dr Arrou et de lui-même, une volumineuse tumeur, qui siégeait au point d'union du cæcum et de l'iléon. On voit, sur la pièce, l'intestin grêle pénétrer dans la tumeur et le gros intestin en sortir, séparés l'un de l'autre par une cavité putrilagineuse, formée aux dépens de la masse néoplasique.

La tumeur a été enlevée par laparotomie médiane et section du gros et du petit intestin, au delà et en deçà de la tumeur. Les deux orifices de section ont été complètement fermés par un triple surjet à la soie et le cours de la circulation intestinale rétabli par une entéro-anastomose latérale.

La malade, opérée il y a huit jours, va bien et peut être consi-

dérée comme en voie de guérison. Elle a été spontanément à la selle dès le deuxième jour.

M. Monod attire l'attention sur la difficulté du diagnostic dans ce cas. La malade, âgée de trente-huit ans, souffrait dans le ventre depuis un an et avait constaté, depuis un mois et demi, la présence d'une « grosseur » qui la décida à entrer à l'hôpital. Jamais elle n'avait eu aucun signe pouvant faire songer à une lésion de l'intestin, ni accidents d'obstruction, ni diarrhée, ni selles sanglantes.

Par le palper et surtout par le palper combiné avec le toucher, on sentait, à droite de l'utérus, dans la région des annexes, une tumeur volumineuse, relativement mobile, accolée à l'utérus tout en semblant indépendante. En présence du volume de cette tumeur, de son développement rapide, de l'état cachectique de la malade, on songea à un néoplasme, mais en raison de son siège et de l'absence de tous phénomènes intestinaux, le diagnostic porté par tous ceux qui examinèrent la malade — depuis M. Hayem, qui m'avait adressé la malade, jusqu'aux élèves, en passant par mon assistant, M. Arrou, et par moi-même — fut : cancer de l'ovaire. Et, de fait, au cours de l'opération, on put constater que la tumeur était adhérente au ligament large droit, d'où elle dut être détachée à la façon d'une masse annexielle.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 28 JUIN 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Buffet (d'Elbeuf), qui envoie *deux observations de gangrène herniaire traitées, l'une par résection, l'autre par un anus contre nature ; guérison.*

A propos de la correspondance.

M. Lejars dépose, sur le bureau de la Société, son *Traité de chirurgie d'urgence.*

Discussion

Cure chirurgicale des hémorroïdes (suite).

M. Potherat. — « Il semble, disait au début de sa communication, le 17 mai dernier, M. Monod, que tout le monde soit d'accord actuellement sur la meilleure façon d'entreprendre la cure chirurgicale des hémorroïdes. » Notre savant et prudent collègue et maître peut juger maintenant de l'imprudence qu'il y avait à produire cette affirmation en présence des divergences dans la méthode opératoire ou tout au moins dans le procédé qu'a mis à jour la discussion actuelle.

Je ne veux pas ajouter à cette discordance en apportant un nouveau procédé de cure des hémorroïdes, mais seulement dire ce que je pense des procédés que j'ai personnellement employés jusqu'ici.

J'ai vu employer par mes maîtres, j'ai employé moi-même, plusieurs des procédés dont il a été question ici, et, en particulier, tous ceux qui relèvent de la destruction par le feu, soit à l'aide du cautère actuel, soit par l'intermédiaire de la pince-cautère de M. Richet, soit enfin à l'aide du thermo-cautère lui-même.

Je dois à la vérité de dire que je n'ai jamais observé d'accidents à la suite. La méthode ignée provoque parfaitement l'hémostase dans l'opération des hémorroïdes, sous quelque forme qu'on l'emploie; et ni théorie, si scientifique qu'elle soit, ni dialectique, si brillante qu'elle apparaisse, ne peuvent prévaloir contre des faits bien observés, et cent fois, mille fois observés.

Les accidents mis au passif de cette méthode, et par M. Poirier, et par M. Delbet, remontent à une époque où l'absence d'asepsie et d'antisepsie rendaient possibles les accidents les plus graves, à la suite d'interventions insignifiantes. Et si l'on s'autorisait de ces faits pour jeter l'anathème contre la méthode ignée, combien il serait plus aisé de dresser un réquisitoire aussi justifié et plus démonstratif encore contre la méthode sanglante, mise en œuvre par le bistouri même le plus habile, puisant dans la pratique chirurgicale de l'époque à laquelle appartiennent les faits signalés par nos collègues.

J'ai obtenu de ces divers procédés : ignipuncture, volatilisation, d'excellents résultats, et j'y ai encore recours de temps en temps. Si j'emploie plus volontiers aujourd'hui deux autres procédés, ou plutôt deux autres méthodes, avec une fréquence d'ailleurs très inégale, c'est parce que l'une est devenue un peu plus d'actualité, peut-être, plus jeune, et que l'autre me paraît plus simple que tous les procédés ignés. Ces deux méthodes sont : l'*opération de Whitehead*, et la *ligature*.

C'est à la suite de la communication de M. Delorme, et en suivant aussi exactement que possible, au début, la technique qu'il nous avait exposée que j'ai pratiqué l'opération de Whitehead; mes premiers cas remontent à 1892, à la Maison municipale de Santé; c'étaient des malades que mon maître, M. Segond, avait bien voulu me confier. Je ne veux pas insister à nouveau sur les préliminaires de l'opération; l'exonération parfaite de l'intestin, en vue d'une constipation secondaire voulue et très prolongée, a été suffisamment indiquée par les précédents orateurs.

Pas besoin de rappeler non plus que la position la plus propice à l'acte opératoire est la position dite de *la taille*, et qu'un lavage

rigoureusement aseptique et antiseptique de la région *intus* et *extra* est d'obligation. Je passe, et j'arrive à la question de la dilatation préalable. Je suis d'avis, moi aussi, qu'elle doit toujours précéder l'intervention, quel que soit, d'ailleurs, le procédé opératoire, sauf le cas, bien entendu, où une vieille procidence, un relâchement du sphincter, ont fait l'anus largement béant. Cette dilatation préalable a un double avantage : elle agit par elle-même contre les accidents hémorroïdaires, puisqu'à elle seule elle met fin à ces accidents dans bon nombre de cas; en outre, en plaçant le sphincter dans un relâchement complet de quelques jours, elle empêche les accidents douloureux post-opératoires, ou, en tous cas, elle en diminue notablement l'intensité.

Je n'ai jamais, grâce, je pense, à cette dilatation, observé de ces douleurs excessives dont ont parlé quelques-uns de nos collègues, et, cependant, je ne donne pas beaucoup d'opium après l'opération ; je prescris, en effet, 3 centigrammes d'extrait thébaïque en trois pilules administrées en trois fois, le premier jour, et 2 centigrammes en deux fois le lendemain. Et c'est tout; et, soit dit en passant, ces faibles doses assurent parfaitement la constipation et cela pendant huit à dix jours au moins.

Doit-on faire cette dilatation avec les doigts ou avec un dilatateur *ad hoc?* Quelques-uns de nos collègues se sont nettement prononcés pour la dilatation digitale; ils font valoir que l'on a une notion très exacte de l'effort que l'on développe, et du degré de dilatation qu'on obtient. Cela est très vrai, mais avec le dilatateur de Trélat, on se rend très bien compte aussi et de l'effort produit et du degré de la dilatation obtenue, tout en développant beaucoup moins de forces. Cela est déja un petit avantage, mais il y en a un autre plus important, ce me semble ; c'est qu'en faisant la dilatation instrumentale, on ne s'expose pas à se polluer les mains et à infecter les doigts qui vont, quelques minutes plus tard, être en contact immédiat avec une plaie vive, et avec une plaie qu'il importe, on l'a assez répété, de maintenir très aseptique pour éviter l'échec de la réunion immédiate. Aussi, à moins de se munir d'abord de gants protecteurs des doigts, j'estime que la dilatation préalable doit être faite de préférence avec un instrument, et avec le spéculum de Trélat en particulier.

La dilatation faite, et la région de nouveau bien nettoyée, je fais l'incision périanale aussi près que possible de la muqueuse, et je décolle celle-ci, en restant toujours à son contact pour ne pas aller tomber dans le sphincter, précaution essentielle sur laquelle avait déjà insisté M. Delorme et qu'ont rappelée d'autres orateurs.

Je décolle la muqueuse jusqu'à ce que le niveau hémorroïdaire soit atteint, mais j'ai bien soin de ne pas dépasser notablement ce

niveau et surtout j'évite de décoller la muqueuse au-dessus; je tiens à lui conserver ses liens celluleux, contrairement à la manière de faire indiquée par M. Picqué, afin que si cette muqueuse venait à ne pas s'unir au pourtour de l'anus par la suture, elle ne remontât du moins pas très haut. Ce décollement de la muqueuse est accompagné bien entendu d'un écoulement sanguin, mais je n'ai jamais vu cet écoulement avoir un caractère sérieux; le plus souvent, il n'est même pas besoin de mettre de pinces sur les points qui saignent; dans les cas où cela devient nécessaire, il est aussi facile de faire là le pincement et au besoin la ligature au catgut, qu'en toute autre région.

Dans l'opération de Whitehead, on fait le détachement complet, circonférentiel de la muqueuse ano-rectale; or, pour moi, chaque fois que la disposition anatomo-pathologique des hémorroïdes ne s'y oppose pas, et cela n'est pas rare, je laisse un pont adhérent en avant et en arrière de l'axe antéro-postérieur, sur le raphé médian; ce seront deux points d'appui, de soutien pour mes sutures ultérieures. Par cette manière de faire je me rapproche du procédé décrit par M. Reclus.

Je forme de la muqueuse décollée deux lambeaux et, suivant en cela une pratique que j'ai vu employer par mon maître M. Segond, je place transversalement sur ces deux lambeaux deux clamps à mors longs et souples, au-dessus desquels je ferai la résection de la muqueuse. Cette résection, je ne la fais pas en un temps, car la muqueuse remonterait, et il me faudrait l'attirer avec des pinces hémostatiques qui l'écraseraient, avec des pinces érignes ou des pinces de Kocher qui la déchireraient; je la fais au fur et à mesure que je place et que je noue mes fils. M. Quénu s'est opposé à cette manière de faire, en invoquant l'art de la couturière : mais les inconvénients que peut avoir en principe cette manière de faire n'existent plus quand on songe que le clamp préalablement placé, en guidant la section, lui donne la régularité nécessaire. Pour les sutures je me sers de fils de soie plate et grosse qui coupent moins et que j'enlève de bonne heure.

Point n'est besoin d'insister sur le pansement, qui n'offre rien de spécial, mais je place aussi et toujours dans le rectum un gros drain entouré de tarlatane aseptique le plus souvent, quelquefois de tarlatane iodoformée, quand le sujet la supporte bien. Ce drain a l'avantage déjà indiqué de faire une compression de dedans en dehors qui favorise l'accolement des lambeaux. De plus, après l'avoir introduit assez haut, je l'attire un peu au dehors, entraînant en même temps par pression la muqueuse, ce qui relâche beaucoup la traction exercée par la suture sur cette muqueuse réséquée. Le drain a aussi l'avantage de faciliter l'émission des

gaz intestinaux dont la rétention est une gêne parfois sérieuse pour le malade.

Cette opération ainsi faite m'a toujours donné de bons résultats immédiats et consécutifs, et cependant j'y ai recours de moins en moins, pour les raisons suivantes. Tout d'abord, il est nécessaire, indispensable même, que l'on obtienne une réunion par première intention ; cela est possible, puisque je l'ai obtenue, et que M. Quénu ne l'a jamais vu manquer. Dans un de mes cas cependant, elle a été imparfaite ; heureusement, la désunion n'a été que partielle, et je n'ai pas observé de rétrécissement consécutif. Mais quelques précautions que l'on prenne, en sera-t-il toujours ainsi? N'y aura-t-il jamais de réunion secondaire et, par suite, de stricture? Répondre non serait imprudent. N'avons-nous pas vu, dans la dernière séance, M. Poirier lui-même nous dire qu'il a observé une fois au moins ce rétrécissement? Notre collègue dit qu'il y remédiera. C'est possible ; ce n'est pas absolument certain, même avec une nouvelle opération. Ce fait n'est pas exceptionnel, car il y a trois ans environ j'eus une correspondance avec un chirurgien de Chicago, dont le nom m'échappe, et qui dans une de ses lettres me disait : « Faites-vous souvent en France l'opération de Whitehead? nous, nous y renonçons de plus en plus en raison des rétrécissements que nous observons à la suite. » Et M. Segond pourrait peut-être nous dire si les chirurgiens de Chicago font de la chirurgie soigneuse et aseptique. La possibilité de ce rétrécissement consécutif doit faire réfléchir avant d'entreprendre l'opération de Whitehead. Car le résultat de l'intervention dans ces conditions est pire que l'infirmité ou la maladie contre laquelle cette intervention avait été mise en œuvre. A ce point de vue, l'opération préconisée par M. Monod, qu'on a comparée à l'opération anglaise me semble avoir sur celle-ci des avantages précieux ; elle est d'une exécution qui me paraît très simple, très méthodique, on peut même dire très anatomique ; en outre, elle laisse de nombreux intervalles de muqueuse saine et intacte entre les zones d'excision, de sorte que si la réunion vient à manquer (ce qui doit se produire au moins quelquefois, et d'autant plus volontiers que l'excision remonte plus haut dans le canal ano-rectal), si cette réunion, dis-je, vient à manquer, il n'y aura pas de rétrécissement consécutif. A cet égard, elle diffère essentiellement aussi du procédé de M. Reclus, sur lequel elle aurait les mêmes avantages.

Mais, en dehors de l'échec possible de la réunion, il y a une autre raison qui, à mon avis, doit faire réserver la méthode de Whitehead à quelques cas spéciaux seulement, c'est que c'est une opération, avec tous les développements que comporte ce mot dans son acception la plus complète, nécessitant l'anesthésie

générale, prolongée, car l'opération est longue, demandant tout un attirail opératoire, une assistance nombreuse, des conditions de milieu particulières, qui ne peuvent être réalisées dans beaucoup de cas, ainsi que le faisait remarquer très justement M. le professeur Tillaux dans l'avant-dernière séance. C'est enfin une opération sinon difficile, du moins délicate, et qui ne comporte pas d'insuccès, ni même de demi-résultat. Aussi, bien qu'à mes yeux l'opération de Whitehead représente l'idéal de la thérapeutique chirurgicale, puisque faite méthodiquement, au bistouri, elle amène la guérison par la suppression totale non seulement de la lésion, mais aussi et en quelques sorte de l'organe dans lequel se développe la lésion, je réserve cette opération aux cas exceptionnels où les hémorroïdes forment comme un bourrelet circulaire continu, et à ces cas seulement.

Mais dans tous les cas, et en somme ce sont les plus fréquents, où les hémorroïdes forment des tumeurs, c'est-à-dire des masses isolées ou susceptibles d'être isolées, pédiculées ou pédiculisables, j'ai recours à un procédé, très simple, très rapide, partout applicable, qui m'a toujours donné d'excellents résultats, et qui est le suivant : après la préparation habituelle du malade, le lavage soigneux de la région et la dilatation préalable, je saisis l'un des paquets hémorroïdaires à enlever entre le pouce et l'index et je l'attire ; à sa base, sans empiéter sur la peau, autant que possible, je le transperce par le milieu d'une aiguille de Reverdin qui ramènera une anse double de soie, avec laquelle je ferai la ligature, comme nous faisons d'un pédicule de l'ovaire. La double ligature faite et bien serrée, j'excise aux ciseaux la portion périphérique de la masse hémorroïdaire. Je répète la manœuvre sur un autre paquet, et cela autant de fois qu'il est nécessaire. C'est, vous le voyez. très simple ; c'est très rapide ; et cela peut être fait avec l'anesthésie locale à la cocaïne, voire même sans anesthésie chez les sujets peu sensibles. L'opération effectuée, je fais le pansement habituel avec drain dans le rectum, et je constipe le malade. Les suites sont fort simples : le fil de soie tient assez longtemps pour que, lorsqu'il vient à tomber, il ne reste à sa place qu'un point à cicatriser ; très rapidement le malade peut reprendre ses occupations ; quand je dis très rapidement cela veut dire au bout de huit à dix jours. Ce procédé rappelle absolument celui dont M. Routier s'est déclaré ici partisan ; la petite différence qu'il comporte c'est que j'enferme le pédicule dans une double ligature, ce qui diminue le volume de ce qu'enserre chaque ligature, et ce qui empêche que le fil ne glisse. Ces deux procédés, celui de M. Routier et le mien, se recommandent par leur simplicité qui permet de les employer partout, leur rapidité d'exécution et

l'absence de toute perte de sang, ainsi que l'inutilité de l'anesthésie générale qui permettent de les appliquer à tous les malades, même à ceux qui sont très anémiés par les hémorragies antérieures L'ignipuncture elle-même, si simple dans son exécution, et que j'ai vue chez quelques-uns de mes maîtres ou dans ma pratique, souvent si efficace, ne me paraît pas plus simple que cette excision après ligature, et celle-ci me semble fournir, dans les suites, une sécurité plus grande. Ces avantages font à cette méthode, à mes yeux, une place tout à fait à part et prépondérante, dans la cure des hémorroïdes.

En résumé, si cette discussion montre beaucoup de divergences entre les chirurgiens dans le choix du procédé opératoire contre les hémorroïdes, il me semble qu'il en ressort très nettement une notion qui rallie la majorité d'entre nous : c'est que l'excision sanglante au bistouri ou aux ciseaux, si redoutée jadis, et si justement redoutée en raison des accidents septicémiques ou hémorragiques qui pouvaient en être la conséquence, est aujourd'hui parfaitement réalisable, parce que nous n'avons plus à compter avec ces mêmes accidents, et que si l'ignipuncture peut toujours donner, et même plus sûrement encore aujourd'hui, les bons résultats qu'elle donnait jadis, elle n'a plus le monopole exclusif de la guérison ; la méthode sanglante, plus en rapport avec la conception que nous nous faisons aujourd'hui du progrès chirurgical, peut prendre avantageusement le pas sur la destruction ignée des hémorroïdes.

M. Poirier. — Au cours de son intéressante communication, notre collègue Potherat a rappelé l'attention sur un point que j'avais précédemment traité et qui est celui-ci : la résection circulaire totale d'un bourrelet hémorroïdaire n'expose-t-elle pas au rétrécissement consécutif? Est-il utile de ménager, là où on le peut, des ponts cutanéo-muqueux? J'avais rappelé à ce propos l'histoire triste d'un malade entré dans mon service avec un bourrelet circulaire d'hémorroïdes sphacélées en partie ; bien que la réunion se fût faite rapidement après la résection circulaire totale, l'homme rentra dans mon service avec un rétrécissément anal du calibre d'une plume d'oie. Il y a quelques jours, j'ai du réséquer l'anneau cicatriciel. Je vois que Potherat et d'autres ont observé des faits semblables. Et, d'autre part, je lis dans la dernière communication de Reclus, que le danger de rétrécissement est *imaginaire*. Il importe de s'entendre sur ce point.

M. Reclus. — Je pense qu'ici nous sommes tous d'accord. Je ne suis pas le seul d'ailleurs à me servir de mon procédé qui res-

semble à celui de M. Monod. Autrefois je maintenais les ponts cutanéo-muqueux, car je croyais à la possibilité de rétrécissement sans suppuration. A présent j'enlève tout, sans respecter ces ponts cutanéo-muqueux et je n'ai jamais eu d'accidents. Je crois que sans suppuration on ne peut avoir de rétrécissement.

Je suis par ailleurs de l'avis de M. Delbet, il faut se tenir à la limite de la muqueuse et de la peau. Dernièrement j'avais à opérer des hémorroïdes; en même temps le sujet avait des marisques. J'ai fait porter l'incision en dedans de ces hémorroïdes laissant des pendeloques sans importance que je préférai ne pas enlever, de façon à n'avoir pas d'éversion de la muqueuse.

M. Nimier. — Je n'ai jamais pratiqué l'opération de Whitehead, n'ayant pas eu l'occasion d'observer d'hémorroïdes pour lesquelles elle me parût le procédé de choix. Mais je dois à la vérité de dire que j'ai reçu dans mon service deux hommes qui avaient subi cette intervention; or, l'un présentait un rétrécissement cicatriciel de l'anus; chez l'autre l'anus dans une de ses moitiés était transformé en tissu de cicatrice, tandis que sur le reste de sa circonférence, la cicatrisation ne se complétait pas et, le long de la plaie fongueuse, les matières fécales filtraient toutes les fois que le patient avait de la diarrhée.

Ces résultats désastreux, obtenus par des chirurgiens distingués, ne sont sans doute pas exceptionnels, puisque M. Poirier lui aussi, en a signalé un exemple. Si donc les succès constants de la pratique de nos collègues, partisans de l'opération de Whitehead, méritent d'être mis en relief, les échecs, les conséquences fâcheuses auxquels elle expose, ne doivent pas être passés sous silence.

Pour ma part, je suis resté fidèle à l'ancien mode de traitement : « la dilatation digitale de l'anus et la cautérisation des hémorroïdes », tel que M. Tillaux l'a décrit et défendu ici. Jamais je n'ai observé ces douleurs vives, ces hémorragies secondaires que lui reprochent ses adversaires; le quatrième ou cinquième jour mes malades quittent leur lit et vers le vingtième jour, ils se considèrent comme guéris. Inutile d'ajouter que la crainte de voir survenir une infection purulente après pareille intervention, ne me paraît plus justifiée à notre époque.

M. Tuffier. — Il est aisé de s'entendre, ou le malade suppure ou il ne suppure pas. Dans le premier cas, il a de grandes chances d'avoir un rétrécissement, Les malades de Nimier ont suppuré, puisque l'un d'eux était encore porteur d'une plaie fongueuse.

M. Reclus. — Un mot seulement; dans le procédé de Whitehead, il y a danger de suppuration plus grand que quand on n'enlève que les tissus malades. Malgré un fil qui a pu suppurer ou couper, je n'ai jamais vu de rétrécissement.

M. Poirier. — A mon avis, le dilemme est trop absolu : S'il y suppuration, il y a rétrécissement; pas de suppuration, pas de rétrécissement. Je dis qu'il y a des intermédiaires. Pour mon compte, si je réussis en général les réunions par première intention à la suite de la résection des hémorroïdes, presque toujours j'observe de la rougeur, c'est-à-dire de l'inflammation au niveau d'un ou de plusieurs points de suture, au niveau desquels la cicatrice se fait plus tardivement. Ces plaies ne réunissent point comme les plaies consécutives à l'ablation du sein, sans trace de rougeur. Ce qui m'arrive doit arriver à d'autres, c'est pourquoi je crois sage de ménager quand on le peut des ponts cutanéo-muqueux.

M. Picqué. — Mon collègue M. Poirier a été peut être un peu absolu dans son opinion exprimée sur les résultats de l'intervention sanglante.

Je crois qu'il est possible d'obtenir dans tous les cas, une réunion absolue aussi excellente que celle que l'on peut avoir au niveau du sein.

Je voudrais pouvoir lui présenter mes résultats personnels.

M. Tillaux. — On parle de rétrécissement du rectum consécutif à l'opération des hémorroïdes, point très important, qu'il s'agit d'élucider afin de savoir comment s'y prendre pour l'éviter.

J'ai déjà dit ici que Follin avait présenté jadis à la Société un rétrécissement chez un malade opéré par la méthode de Chassaignac, qui comme celui de M. Poirier, n'admettait pas le volume d'une petite plume d'oie. Il avait présenté ce malade pour montrer ce que ce procédé avait de défectueux. Il ne donnait pourtant pas lieu généralement à de la suppuration. Chassaignac, comme vous savez, introduisait dans le rectum son instrument fermé, l'ouvrait et alors les crochets s'implantaient dans la muqueuse du rectum que l'on attirait dehors avec les hémorroïdes; il pédiculisait ensuite, et avec la chaîne de l'écraseur, il allait où il pouvait. De temps en temps la chaîne portait sur la peau, et nous avons tous pensé que là était la cause du mal. En sectionnant la peau, on enlève aussi du sphincter dont les fibres vont se terminer sur elle, c'est pourquoi le malade de Nimier avait de l'incontinence, on avait dû entamer son sphincter. Ce qu'il faut donc chercher à

ménager à tout prix, c'est la peau de la région sphinctérienne. Ce point me paraît beaucoup plus capital que la suppuration.

M. Poirier. — Il ressort de cette discussion, que nous sommes tous d'accord sur ces deux points : 1° Conserver la peau; 2° N'avoir pas de suppuration. J'avoue que je n'ai pas toujours su l'éviter.

M. Tuffier. — J'en reviens à ce que je disais, il faut savoir ménager la peau, mais si la muqueuse suppure, on aura aussi bien des rétrécissements; c'est une question d'asepsie.

M. Pozzi. — Je ferai remarquer que nous sommes déjà loin des conclusions qui paraissaient résulter des débuts de la discussion. On nous avait dit que l'opération sanglante était plus rationnelle que la cautérisation et ne donnait jamais lieu à des accidents. Or, voilà que déjà beaucoup de faits de rétrécissements sont venus au jour : il y en aura sans doute d'autres dans l'avenir; les chirurgiens étrangers semblent en avoir souvent observé et s'être considérablement refroidis au sujet de l'excision des hémorroïdes. En effet, l'opération de Whitehead ou même le procédé de Reclus ont le grand défaut de porter sur toute la circonférence de l'anus; si la réunion primitive échoue, soit du fait de l'opérateur, soit du fait de l'infirmier, soit du fait du malade, il peut y avoir désunion, suppuration et formation de tissu cicatriciel annulaire donnant lieu à un rétrécissement. En somme, l'opération est d'abord difficile par elle-même, ensuite peut toujours exposer à des accidents très fâcheux. Au contraire, l'ignipuncture, qui ménage toujours forcément et la peau et la plus grande partie de la muqueuse, qu'elle se borne à cribler de trous, est facile et n'expose jamais à un rétrécissement alors même que l'asepsie consécutive ne serait pas parfaite.

Je parle, bien entendu, des cas où les hémorroïdes sont circonférentielles, les seuls où la discussion offre un réel intérêt. Pour les hémorroïdes isolées, partielles, l'excision, assurément, ne fait pas courir le danger de sténose anale, mais elle est encore moins simple que l'ignipuncture qui offre ici une simplicité absolue.

M. Monod. — Je ne voudrais pas prolonger cette discussion. Il me sera cependant permis de faire ressortir quelques points qui s'en dégagent.

Le premier me paraît être celui-ci : que les partisans de l'opération de Whitehead sont moins nombreux parmi nous que nous ne le pensions; que ceux même qui la défendent le plus chaleu-

reusement, tel mon excellent collègue Delorme, reconnaissent qu'elle est loin d'être applicable à tous les cas; pour un peu, ils m'accorderaient que ceux pour lesquels ils la réservent sont exceptionnels.

Et ne doit-il pas en être ainsi, puisque, de l'aveu même de MM. Delbet, Delorme, Picqué, Poirier, Quénu, il s'agit d'une intervention délicate, pour ne pas dire difficile à mener à bien; qui exige, pour réussir, une réunion immédiate des parties divisées et, par conséquent, comme je l'ai déjà dit, des conditions d'asepsie et de propreté chirurgicale bien difficiles à réaliser dans la région de l'anus. M. Picqué, sur ce point, n'est pas d'accord avec M. Poirier; je crois cependant celui-ci plus près de la vérité que celui-là.

On vous a dit, d'autre part, à quelle grave conséquence expose un « Whitehead » qui ne réussit pas. Je ne veux pas soutenir que cet échec aboutisse nécessairement au rétrécissement ano-rectal, mais il suffit que cette complication soit possible pour que l'on regarde à deux fois avant de recourir à une opération capable d'y donner lieu.

Les hémorroïdes sont une affection vulgaire, à laquelle il convient d'appliquer le traitement le plus simple.— Tel me semble le second enseignement qui découle du débat engagé devant vous. Comme l'ont très bien dit MM. Tillaux et Berger, tout médecin peut être appelé à pratiquer la cure d'hémorroïdes saignantes, compromettant la santé et la vie; il est bon de lui rappeler qu'il a à sa disposition des moyens efficaces, faciles à appliquer et sans danger, tels que les divers procédés de cautérisation et de ligature défendus par nos collègues Bazy, Berger, Nimier, Potherat, Pozzi, Routier, Schwartz et Tillaux.

Il est bien remarquable, du reste, — et c'est le troisième point que la présente discussion met en lumière — que, pour la plupart, nous trouvons le procédé de notre choix excellent et que nous nous y tenons, parce qu'il ne nous a donné que des succès. Ne peut-on pas déduire de là que tous les procédés sont bons, et qu'il faut compter parmi les sages ceux qui, comme MM. Bazy, Ollier, Schwartz et Tuffier n'en rejettent aucun?

Est-ce à dire qu'ils doivent tous être mis sur le même plan? Je redirai volontiers à cet égard, avec M. Delbet, qu'il ne suffit pas aujourd'hui de distinguer « le mauvais du pire », mais que nous devons nous efforcer de séparer « le meilleur du bon ».

Avant de faire un choix, peut-être convient-il de rappeler que cette discussion nous enseigne encore — ce que j'avais eu soin de faire remarquer dès le début, — qu'il n'est pas nécessaire pour délivrer un hémorroïdaire des accidents dont il souffre, de suppri-

mer toute la muqueuse ano-rectale. Une résection partielle suffit. J'en avais appelé, pour établir ce fait, à l'expérience et à la pratique de nos pères. Je puis aujourd'hui m'appuyer, en outre, sur celle de nos contemporains, restés fidèles aux procédés de ligature et de cautérisation, c'est-à-dire à des moyens n'intéressant que les bourrelets hémorroïdaires en respectant la muqueuse intermédiaire. Or, je l'ai dit, ces contemporains, nos collègues, grâce aux précautions antiseptiques qu'ils prennent, ne comptent que des succès.

En faut-il conclure que ces procédés doivent seuls rester dans la pratique, et que, comme le soutiendraient volontiers MM. Berger, Tillaux et Pozzi, l'ablation sanglante des hémorroïdes doit être abandonnée?

J'ai à peine besoin de vous dire que, personnellement, je ne le pense pas.

Il me semble au surplus que, sur le terrain où je me suis placé, nous pourrions, dans un esprit de conciliation, nous mettre tous d'accord.

Le procédé auquel je me suis arrêté — très simple d'ailleurs et d'une exécution facile — répond, en effet, aux tendances de la chirurgie moderne, qui préfère, toutes les fois que cela est possible, avoir recours au bistouri et aux sutures plutôt qu'aux méthodes de ligature et de cautérisation, plus brutales, parfois aveugles, moins certaines dans leurs résultats. Et d'autre part, comme celles-ci, il ne vise qu'une destruction partielle, presque toujours suffisante, en tous cas non dangereuse, puisque, par ce moyen bien appliqué, le rétrécissement ano-rectal est impossible.

J'admets en effet, contrairement à l'opinion de M. Tuffier, et d'accord en cela avec M. Tillaux, que ce rétrécissement dépend plus de la participation que la peau a prise à la formation de la cicatrice que des phénomènes de suppuration qui ont pu suivre l'opération.

C'est pour cela que j'ai tant insisté dans ma première note sur le fait que je tenais à ne pas comprendre une parcelle de peau dans l'ablation des bourrelets hémorroïdaires. Mes sections sont parallèles à l'axe du rectum, perpendiculaires, par conséquent, comme on l'a dit, aux sections de l'opération de Whitehead, et ne descendent pas jusqu'à la peau. Mes sutures sont donc exclusivement muco-muqueuses.

C'est par là, pour le dire en passant, que le procédé que je préconise, qui a, avec celui de mon ami M. Reclus, un air de parenté, me paraît en différer, puisque M. Reclus cherche, comme dans le « Whitehead », à réunir la muqueuse transversalement sectionnée à la peau. J'ajoute que M. Reclus nous redisait encore,

dans la dernière séance, que s'il se contente « d'une exérèse limitée pour les hémorroïdes limitées », il n'hésite pas à faire « une exérèse totale pour les bourrelets circonférentiels », sans s'inquiéter du rétrécissement cicatriciel, qui, pour lui, est un danger imaginaire. J'ai dit que, systématiquement, je me contentais toujours de résections partielles.

Je ne revendique du reste ici aucune priorité. Comme M. Delbet, j'ai été conduit à sectionner les hémorroïdes au bistouri après m'être servi, pour ce temps de l'opération, du thermo-cautère. Je crois que cette idée, très simple, a dû venir à bien d'autres, à mesure que nous devenions plus sûrs de notre antisepsie.

Il n'en reste pas moins que M. Reclus a le premier, parmi nous, attiré l'attention sur une façon de faire, sinon exactement semblable, du moins très analogue à la nôtre.

C'est à ce procédé, dont j'ai essayé de préciser la technique, que je suis toujours plus disposé à donner la préférence.

Mais peut-être ai-je été trop loin — et je suis heureux sur ce point de donner satisfaction à M. Delorme — en disant que je ne ferais jamais le « Whitehead ».

La présente discussion, n'a pas, je l'avoue, beaucoup augmenté mes sympathies pour cette opération. Si je vois, en effet, comme me l'a rappelé M. Delorme, M. Quénu revenir au « Whitehead » pur, après s'en être un peu écarté, j'ai entendu, d'autre part, aujourd'hui M. Potherat, qui n'a eu qu'à se louer de ce mode d'intervention, nous dire qu'il était néanmoins disposé à l'abandonner de plus en plus.

De fait, je suis tout prêt à reconnaître, avec M. Quénu, avec M. Schwartz, avec M. Delorme, que les hémorroïdes se présentent sous des formes diverses. Il peut donc se faire que je me trouve un jour en face d'une dégénérescence angiomateuse de la muqueuse tellement étendue, ou d'une procidence telle que l'ablation totale de la muqueuse me paraîtra s'imposer — auquel cas, j'aurai recours à l'opération de Whitehead, en prenant les minutieuses et nécessaires précautions dont nos collègues ont si bien montré l'importance. Mais, encore une fois, ces circonstances me paraissent très exceptionnelles.

Je persiste donc à croire que la destruction partielle par voie de cautérisation ou de ligature, ou mieux l'ablation partielle au bistouri avec suture, faite de la façon que je conseille, doivent rester les procédés de choix et d'application courante pour la cure chirurgicale des hémorroïdes.

Rapport.

Sur une observation de M. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux, intitulée : *Difformité causée par une luxation et une fracture anciennes de la clavicule, guérie par la résection des deux tiers internes de cet os.*

Rapport par M. L.-G. RICHELOT.

Sous ce titre, notre collègue Morestin nous a présenté un cas de chirurgie réparatrice fort délicate, qui fait honneur à son sens clinique et à sa dextérité. Il avait entre les mains un sujet difficile à manier, une jeune et jolie veuve, à laquelle son mari n'avait laissé, en mourant, qu'une difformité fâcheuse, dans une région que les femmes de cet âge montrent volontiers, et qui désirait vivement effacer, par un nouveau mariage, le souvenir de ces tristes caresses.

Il fallait supprimer deux saillies anormales, celle de la fracture et celle de la luxation ; il fallait restaurer la forme complètement et ne laisser aucune trace du bistouri ou de l'aiguille ; aucune demi-mesure n'était admissible, et l'intervention n'était légitime que si le résultat devait être parfait.

Pour nour montrer combien il a réussi, et aussi sans doute pour nous faire plaisir, M. Morestin a joint à son récit un dessin très artistique, représentant la moitié supérieure de son opérée. Comme il a très bien exposé les motifs et les détails de son intervention, je ne saurais mieux faire que de lui laisser la parole.

Cette pauvre femme ne peut décemment montrer ses épaules, car, au niveau de la clavicule droite, on verrait deux saillies d'un effet disgracieux. L'une répond à la partie moyenne de l'os ; c'est le cal d'une ancienne fracture. L'autre est formée par l'extrémité interne de la clavicule, sortie de son encoche sterno-costale et mobile sous les téguments. Il y a donc une luxation habituelle de l'extrémité interne de la clavicule. On peut, sans grande difficulté, réduire l'extrémité osseuse déplacée, mais cette réduction est incomplète, et au moindre mouvement la clavicule reprend sa position anormale. Les téguments soulevés à ce niveau ont fini par se modifier ; il y a comme un petit durillon sur le point le plus élevé de cette saillie. L'épaule droite est légèrement abaissée et rapprochée du plan médian. Chaque fois que le moignon de l'épaule est porté en arrière ou élevé directement, le déplacement s'exagère. En outre, si la malade ne souffre pas à proprement parler, elle éprouve une gêne assez pénible toutes les fois qu'elle veut s'occuper et se servir de

la main droite pour soulever un objet. Mais, à vrai dire, la malade prendrait son parti de ces derniers ennuis s'il n'y avait pas ces deux saillies visibles et d'un aspect fort désobligeant. Plusieurs chirurgiens ont déjà examiné Mme S... et lui ont conseillé les uns de ne rien faire,



les autres de se laisser suturer la clavicule au sternum. Elle a pensé que ne rien faire était insuffisant; et cependant cela eût encore mieux valu, car, en admettant qu'on eût mis par la suture la luxation dans l'impossibilité de se reproduire, cette intervention n'aurait modifié en rien la saillie formée par le cal.

Après avoir examiné Mme S..., il me parut, en effet, qu'un résultat

imparfait était inutile et qu'il fallait tout ou rien. D'autre part, pour agir sur l'articulation sterno-claviculaire, il était indispensable de pratiquer une incision, précisément dans la région que M[me] S... voulait rendre visible. Cette opération de fixation de la clavicule au sternum s'annonçait d'ailleurs comme assez laborieuse, car la réduction ne s'effectuait que d'une manière incomplète. Il aurait fallu soit diminuer l'extrémité claviculaire, soit creuser davantage l'encoche sterno-costale, avant de forer les extrémités osseuses et d'y placer des fils. Du reste, le résultat aurait-il été satisfaisant au point de vue fonctionnel? Quand, après avoir réduit aussi complètement que possible l'extrémité interne de la clavicule, on essayait de la maintenir par la pression pendant les mouvements du bras, il arrivait que le doigt était repoussé violemment et que l'os reprenait instantanément sa position anormale, à moins que cette pression ne fût considérable. Si, en appuyant très fort, on réussissait à maintenir en place l'extrémité claviculaire, les mouvements de l'épaule perdaient notablement de leur ampleur.

Je m'arrêtai au projet de supprimer les deux tiers internes de la clavicule, et de faire ainsi disparaître à coup sûr les deux éléments de la difformité. Mais il fallait ne laisser aucune cicatrice apparente et obtenir une restauration parfaite des formes, sans toutefois compromettre en rien les mouvements du membre supérieur. Après quelques essais sur le cadavre, je procédai de la manière suivante, le 5 avril 1898.

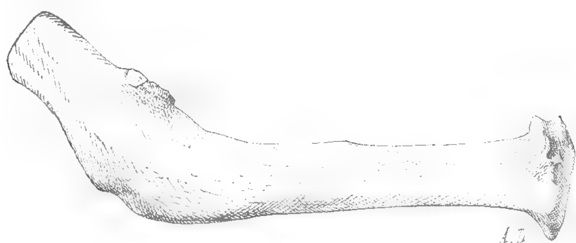
Une petite incision de 4 à 5 centimètres est pratiquée, perpendiculairement à la clavicule, à l'union de ses trois quarts internes et de son quart externe.

L'incision est ainsi reportée en dehors, pour que sa trace, si peu visible qu'elle soit, puisse être plus tard aisément dissimulée sous la bande d'étoffe qui couvre l'épaule, même dans les toilettes très décolletées. Elle est faite verticale pour être encore plus facile à cacher, et aussi parce que cette direction permet d'obtenir, avec la plus petite étendue, les plus grandes commodités pour l'opération que je me propose d'effectuer. De fait, cette petite incision a été très suffisante pour mener à bien toute l'intervention. La peau et le peaucier étant traversés, la clavicule est dénudée avec la rugine courbe, en un point correspondant à l'union de son tiers externe et de ses deux tiers internes. L'os ainsi mis à nu sur toute sa circonférence, à l'aide d'une aiguille mousse et malléable, une scie à chaîne est passée sous sa face profonde. La clavicule est sciée en quelques instants, un davier introduit dans la plaie saisit le bout interne et l'attire en avant; la rugine le dépouille de sa gaîne périostique; il est attiré peu à peu à l'extérieur par la plaie, la souplesse des téguments permettant de déplacer considérablement vers la ligne médiane cette boutonnière faite à la peau. Quand la dénudation est effectuée jusqu'au voisinage de l'extrémité interne, un mouvement de torsion est exécuté de manière à rompre les dernières attaches de la clavicule à sa partie interne. Enfin, le fragment est extrait de sa gaîne périostique. L'hémorragie est à peu près nulle; il n'y a pas de ligature à faire. Il reste à refermer la petite plaie; la suture est faite à

points séparés à l'aide de soie très fine et d'une aiguille mince, cheminant pour ainsi dire dans l'épaisseur du derme. On peut constater que le résultat immédiat est fort beau, et qu'il n'y a pas au niveau de l'os enlevé la dépression que l'on aurait pu craindre. Toutes les parties molles agencées autour du fourreau claviculaire, ont conservé leur aspect habituel. Il ne manque que les deux saillies disgracieuses. Le bras a naturellement tendance à tomber; il est maintenu par un bandage approprié, élevant le coude et prenant point d'appui sur l'épaule du côté opposé.

Les suites opératoires ont été d'une extrême simplicité. Il n'y a eu ni fièvre, ni douleurs, ni malaise d'aucune sorte.

Les fils ont été enlevés au septième jour. La réunion était parfaite, et toute la région indolente et souple. Un peu de sang s'était épanché dans l'étui périostique de la clavicule extirpée, et reproduisait presque



l'ancienne déformation, au point que les personnes qui entouraient l'opérée crurent d'abord que l'on n'avait rien enlevé. La résorption de cet hématome remplissant la gaîne claviculaire s'est effectuée très rapidement.

J'avais d'abord pensé à faire porter pendant quelque temps une sorte d'appareil, pour empêcher le membre supérieur de s'abaisser. Mais, dès les premiers jours, je reconnus avec satisfaction que cette précaution était inutile, car la malade, au bout de très peu de temps, avait retrouvé la faculté d'élever elle-même le moignon de l'épaule et de l'amener à la hauteur normale. En outre, dès le vingtième jour, tous les mouvements du membre s'effectuaient sinon avec une parfaite aisance, du moins de manière à faire espérer qu'il se rétablirait complètement dans un délai très court. Le résultat dépasse encore les espérances : la restauration de la forme est irréprochable; la cicatrice, linéaire, est déjà à peine visible. Sur la figure, on en a accentué la trace pour montrer la direction de l'incision et son étendue. Elle s'efface chaque jour, et l'opérée, avec un peu de fard, s'arrange de façon à ce qu'on ne puisse même pas en soupçonner l'existence. Les deux acromions sont à la même hauteur et à une égale distance de la ligne médiane. Tous les mouvements du membre supérieur s'exécutent sans gêne ni fatigue et avec l'amplitude normale. Dans la gaine périostique conservée a pris naissance une production osseuse qui présente à peu de chose près la forme d'une clavicule ordinaire. Deux petites irrégularités de cette pièce osseuse sont dirigées en haut et perdues dans les parties molles du cou.

Il faut une palpation attentive pour en reconnaître l'existence. La clavicule nouvelle paraît avoir conservé une certaine mobilité sur ce qui reste de l'ancienne, mais cette espèce de pseudarthrose, d'ailleurs très serrée, ne contrarie en rien le bon fonctionnement du membre supérieur.



J'ai le plaisir de vous apprendre que Mme S... vient de se remarier. Nous pouvons donc féliciter sans réserve M. Morestin, et le remercier de sa communication, en attendant que son tour vienne de prendre rang parmi les membres de la Société de chirurgie ; telle est la conclusion que je vous propose de voter.

Communication.

Traitement de l'hématocèle utérine.

par M. PAUL REYNIER.

Messieurs, il y a deux ans, lorsque j'ai préconisé comme méthode de choix la laparotomie dans les hématocèles, la grande majorité de mes collègues ont défendu l'évacuation par la voie vaginale. Quelques-uns, comme MM. Segond et Bouilly, l'ont fait avec un enthousiasme entraînant. Pour eux, c'était une merveilleuse opération ; et MM. Terrier et Chaput seuls partageaient ma manière de voir. J'insistai cependant sur les dangers de la voie vaginale, qui expose à des hémorragies graves, et j'en apportai des exemples. Je montrai qu'il était arrivé à des chirurgiens experts ouvrant par le cul-de-sac postérieur une hématocèle de se trouver en présence d'une hémorragie qu'ils ne pouvaient pas arrêter et de perdre leur malade, cet accident étant du à un placenta saignant, à une grossesse extra-utérine confondue avec l'hématocèle.

Mes collègues, il est vrai, faisaient la distinction entre les grossesses extra-utérines et les hématocèles. Les premières, ils les abordaient par la laparotomie et les secondes par le vagin.

Malheureusement, cette distinction qui se fait à la Société de Chirurgie, est, comme je le faisais remarquer, bien souvent impossible, et il ne nous est pas donné de pouvoir dire si l'hématocèle est produite par une salpingite hémorragique rompue, ou est due à une grossesse extra-utérine.

Ces distinctions n'étant donc bonnes qu'en théorie, en présence de la malade on doit, à mon avis, se mettre dans les meilleures conditions pour parer à toute éventualité.

Or la laparotomie seule vous met dans ces conditions. C'est ce que je veux aujourd'hui démontrer péremptoirement en vous rapportant les deux observations suivantes :

Mol..., trente-neuf ans, entre le 7 décembre 1898, salle Gosselin. Elle a eu ses dernières règles le 15 septembre. En octobre elle eut pendant quelque temps des pertes minimes de sang. Elle perdait chaque jour quelques gouttes de sang, croyant toujours avoir ses règles.

Se sentant de plus en plus malaise, et souffrant du bas ventre elle était entrée, il y a trois semaines chez M. Landrieux, à la salle Maurice Reynaud, d'où on l'a fait descendre dans mon service.

A son entrée, on constata un utérus immobilisé. Dans le cul-de-sac

gauche, on sentait une grosseur qu'on pouvait mal délimiter, du volume du poing.

La malade était pâle, les traits tirés, mangeait mal et avait de la fièvre le soir, température variant entre 38 degrés à 38°7.

On hésite entre le diagnostic d'une hématocèle ou d'une collection suppurée. Mais cette collection ne bombant pas du côté du cul-de-sac postérieur et devant l'incertitude du diagnostic, on croit plus prudent d'attendre, d'immobiliser la malade dans le lit, avec de la glace sur le ventre.

La malade se remet alors à perdre en rouge; et elle était depuis huit jours dans le service quand, dans l'après-midi, elle fut prise de syncope; et M. Delmon-Bebet, mon interne, fut obligé de lui faire des injections d'éther et de caféine.

Le lendemain matin, à la visite, je la trouvai mieux, mais le pouls était petit, rapide, la figure jaune pâle, tirée; le ventre n'était cependant pas ballonné. Devant le mieux manifeste qui s'était produit, je crus devoir encore m'abstenir, pensant à une nouvelle poussée d'hématocèle qui avait dû se produire la veille.

On continua la glace; mais la température restait élevée le soir, montant à 38°5, 38°9.

C'est alors que le 27 décembre, douze jours après cette crise que nous avons notée, ne voyant pas l'état général se remettre et plutôt décliner, et pensant à une hématocèle suppurée, je me décidai à faire une incision du cul-de-sac postérieur. La malade sur la table d'opération, on trouvait le cul-de-sac bombant et l'utérus repoussé en avant.

La malade endormie après nettoyage du vagin, je fis une incision au bistouri de la muqueuse vaginale seule, juste dans le cul-de-sac postérieur.

A ce moment, par une petite ouverture commença à s'écouler un peu de sang noir, ayant l'apparence de vieux sang. Mon diagnostic se confirmant, je pris une pince à éponge, et l'enfonçai dans l'ouverture pour agrandir par l'écartement des branches mon incision. Mais alors à peine avais-je retiré ma pince, que le sang se mit à s'écouler rouge avec une telle abondance, qu'il n'y avait pas à douter que nous ne nous trouvions en présence d'une hémorragie, dont la continuation ne pouvait durer longtemps. La malade pâlissait, et le pouls devenait filiforme. Sans perdre de temps, j'enfonçai dans l'ouverture vaginale une éponge petite que je maintins avec mon index gauche, introduit dans l'incision. Restant dans cette position, rapidement je fais laver le ventre avec l'éther. Heureusement que la malade avait été rasée, et qu'on lui avait, avant de l'endormir, nettoyé la région sus-pubienne.

La main gauche dans le vagin, avec la main droite je fais l'incision en un seul temps de la paroi abdominale, j'arrive dans le ventre d'où s'écoule le sang rouge épanché au niveau des anses intestinales et je place une pince de chaque côté sur les deux artères utéro-ovariennes. Alors je vois que le sang semble s'arrêter.

Après le nettoyage de ma main gauche, j'enlève les caillots, et vais chercher dans le petit bassin les annexes du côté gauche, que j'enlève;

elles sont volumineuses et contiennent en effet des caillots et il me semble des débris placentaires. Dans la précipitation de ces manœuvres, il est difficile de s'assurer que c'est bien du placenta et pas des caillots; le sang continuant à venir rouge du fond du bassin. Je crois prudent d'aller chercher les annexes du côté droit, que je trouve volumineuses. L'ovaire est kystique, la trompe contient du sang. J'enlève ces annexes également après ligature. On nettoie le petit bassin, et, par prudence, dans l'incision vaginale, on fait passer par le ventre une grosse mèche de gaze stérilisée au centre de laquelle se trouve un drain restant en partie dans le petit bassin. On referme le ventre et on ramène la malade dans son lit.

Pendant cette opération, le pouls était si bas qu'on fit durant les manœuvres une injection sous-cutanée de sérum de 1.000 grammes. Remise dans le lit immédiatement on fait une injection intraveineuse de sérum de 1.500 grammes. Le soir, nouvelle injection sous-cutanée et le lendemain encore, une injection sous-cutanée de 1.500 grammes.

Les suites opératoires à partir de ce jour, furent simples. On eut surtout à lutter contre une grande anémie, avec des préparations ferrugineuses employées dès que la malade put se nourrir.

La malade sortit guérie au bout de trente jours et je l'ai revue depuis très bien portante.

P... (Henriette), trente-deux ans, entrée le 12 mars 1899, salle Gosselin.

Je la vois le 14 mars; mon interne me la présente en me disant qu'il s'agissait d'une femme qui, à la suite d'une fausse couche, avait fait une collection de la fosse iliaque. En effet les renseignements qu'il avait relevés étaient les suivants : Réglée à l'âge de treize ans, elle avait toujours été bien réglée. Elle disait qu'elle avait depuis un certain temps des pertes blanches. Elle a toujours été anémique, et elle donnait ce renseignement parce que nous avions été frappés de sa pâleur. Elle a eu deux enfants. Ces deux accouchements étaient normaux; elle n'a eu à la suite ni fièvre ni frissons.

Depuis trois semaines elle a des envies d'uriner très fréquentes.

Il y a trois semaines, la malade a été prise d'une douleur syncopale du bas-ventre dans le côté gauche. Aux mois de janvier, février, pas de règles; des vomissements et des maux de cœur.

Depuis trois semaines, elle a des accès de fièvre accompagnés de frissons. Quatre jours avant son entrée, elle a eu une forte perte de sang pour laquelle elle a appelé un médecin qui nous l'envoie, en nous disant qu'il a assisté à une fausse couche, et que c'est quelques jours après que, la malade ayant de la fièvre, il avait constaté cette collection formée comme nous le verrons par la suite. Au côté gauche, évi demment le médecin a fait erreur, il a dû trouver la collection et a cru qu'elle s'était formée après la fausse couche.

Toujours est-il que mon interne trompé par ces renseignements et constatant une température de 39 degrés, crut à une collection dépen-

dant de la fausse couche. C'est dans ces conditions qu'il me la présenta au début de ma visite et sentant cette collection dans la fosse iliaque gauche bien limitée, ne voulant pas la toucher, devant sur une autre malade, faire une laparotomie, j'acceptai le diagnostic de mon interne, et dis de m'amener cette malade à la fin de mes opérations pour lui ouvrir par une incision iliaque sa collection. En effet, à midi, ayant fait deux laparotomies, persuadé que j'allais faire une simple incision pour collection purulente, je fis venir la malade.

Je la touchai étant endormie, et ne trouvai rien du côté du cul-de-sac, la tumeur faisait unilatéralement bien saillie du côté de la fosse iliaque gauche. Je fis une incision iliaque, comme pour un phlegmon de la face droite, et j'arrivai sur le péritoine. A ce moment, je fus surpris de voir la coloration violacée du péritoine; rectifiant mon diagnostic, je pensai à une hématocèle. Pour m'en assurer, j'enfonçai une pince hémostatique dans la cavité péritonéale. A ce moment sortit un peu de sang noir. Mon diagnostic paraissant se vérifier, je résolus de profiter de cette incision pour vider l'hématocèle. J'enfonçai alors le doigt, mais à ce moment un jet de sang rouge artériel se mit à couler avec une abondance telle que je n'eus que le temps d'ouvrir sur la ligne médiane la cavité péritonéale, le pouls de la malade baissant rapidement, d'ordonner de faire une injection de sérum sous-cutané, et, par l'ouverture abdominale, de plonger ma main, et d'aller sur le pédicule ovarien mettre une pince courbe à hystérectomie vaginale. Le sang continuant à couler rouge, je mets une autre pince sur l'artère utéro-ovarienne du côté droit, et allant à la recherche des annexes du côté gauche, je les amène avec des caillots, et retire un fœtus long de 6 centimètres, avec des débris placentaires. Mais, dans le fond du petit bassin, le placenta était adhérent, et je vois encore des points qui saignent; dans l'impossibilité de les lier, je mets cinq pinces que je laisse à demeure, sortant par mon incision médiane; je mets un fil sur les annexes, et je termine en entourant mes pinces de gaze stérilisée, plongeant dans le petit bassin, tamponnant et séparant ainsi la cavité du petit bassin du reste de la cavité abdominale.

Une mèche de gaze est mise daus l'incision iliaque, et la malade est remise dans son lit.

Pendant les manœuvres opératoires, la malade était tellement faible qu'on avait cessé de lui donner du chloroforme. Dans les deux cuisses, on avait inroduit deux aiguilles, et on lui avait injecté 1.200 grammes de sérum, 600 de chaque côté.

Remise dans son lit, on lui injecte 1.500 grammes de sérum intraveineux.

Le soir, température 39. Le lendemain matin, température 37, le pouls rapide, l'état anémique de la malade me fait, dans la journée, lui faire quatre injections d'éther et deux injections de caféine.

Le troisième jour, 1.500 grammes de sérum sous-cutané. A partir de ce moment, la malade va bien. On enlève les pinces abdominales le troisième jour, en laissant la gaze intra-abdominale. Celle-ci n'a été enlevée que le huitième jour. La malade est, à l'heure actuelle, guérie.

Telles sont ces deux observations qui montrent d'une façon indiscutable combien peuvent être dangereuses ces interventions par la voie vaginale, puisque, dans ma première observation, comme dans ma seconde, la simple introduction d'une pince ou d'un doigt a pu déterminer une hémorragie dont je n'ai été maître que par la laparotomie; mais supposez qu'on ait fait en ville cette incision vaginale, n'ayant pas, comme dans un service de gynécologie, toujours stérilisée, une boîte d'instruments pour laparotomie et tout l'appareil nécessaire pour cette opération, et vous voyez ce que serait devenue la malade ! J'ai cité l'exemple, il y a deux ans, de malades mortes dans ces conditions; depuis, on est venu me rapporter d'autres observations que je ne peux malheureusement pas publier, mais je peux affirmer que *ces faits ne sont pas exceptionnels*. Et il faut avoir été en présence de ces hémorragies épouvantables qui peuvent résulter de ces interventions pour qu'on ne regarde plus l'incision vaginale comme une opération merveilleuse, et pour qu'on ne doute pas que la laparotomie, en cas d'hématocèle non suppurée, est la seule voie opératoire rationnelle.

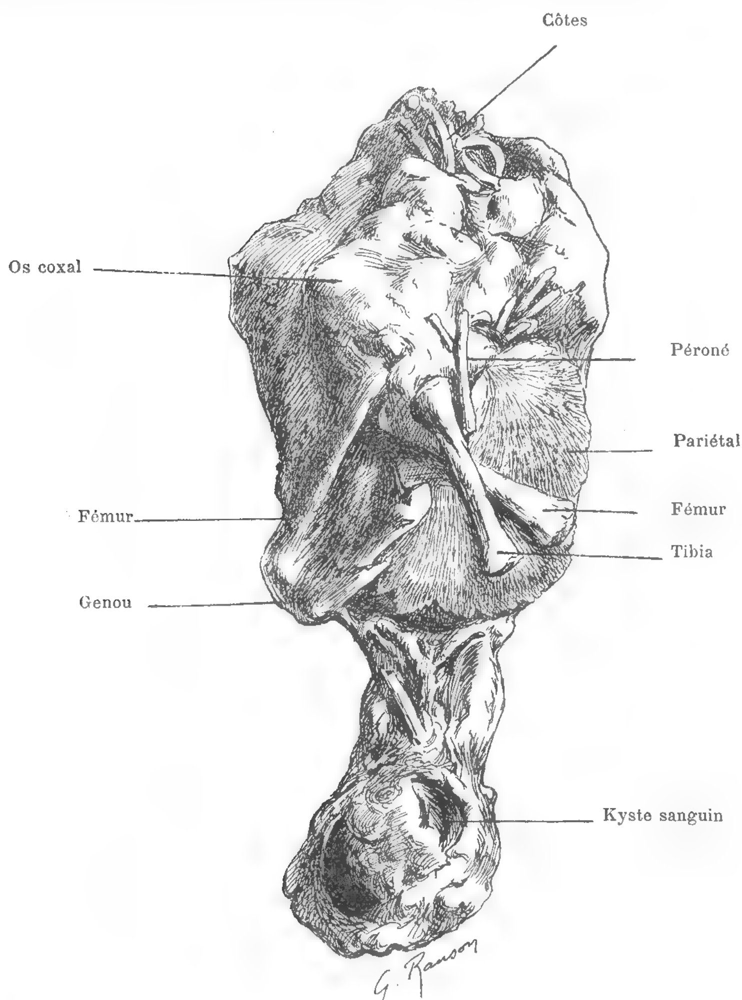
Enfin, en faveur de la laparotomie, nous devons invoquer encore la possibilité de faire une opération complète, la laparotomie permettant d'enlever les annexes contenant les débris de la grossesse extra-utérine, ou l'œuf en entier. Comme vous le voyez ici pour notre première malade, nous avions eu affaire à une grossesse tubo-ovarienne, et, au milieu des caillots de l'hématocèle, nous avons trouvé cette masse placentaire du volume d'une orange. Si nous avions pu évacuer l'hématocèle environnante par le vagin, nous aurions laissé cette masse, qui aurait pu devenir le point de départ de nouveaux accidents. Je rappelle, en effet, que j'ai eu, après des élytrotomies pour hématocèles, quelques années après, à intervenir par la laparotomie pour enlever ces annexes malades, que l'incision vaginale avait laissées en place.

Il y a donc là un argument important en faveur de la laparotomie.

M. Pozzi. — Sans vouloir ici entamer la discussion, je voudrais déclarer à M. Reynier qu'il est un point spécial sur lequel je ne suis pas de son avis. Nombre de fois, j'ai ouvert par le cul-de-sac postérieur des hématocèles habitées; quand j'ai eu une hémorragie, j'ai toujours pu l'arrêter par le tamponnement.

Présentation de pièces.

M. Pozzi présente un *lithopédion*, qu'il a enlevé à une femme, il y a quatre jours; on avait affaire à une tumeur abdominale, de diagnostic difficile, qui fut prise pour un corps fibreux.



Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire tordu d'un côté, et de l'autre d'une tumeur devenue intra-ligamentaire par ses adhérences, c'était le lithopédion. Cette tumeur est formée d'une masse crétacée qui supporte d'un côté le squelette du fœtus visible.

Cette femme, un an avant sa ménopause, avait eu un retard de sept mois dans ses règles et s'était cru enceinte, puis ses règles reparurent quelques mois et enfin survint la ménopause.

Présentations de malades.

Gastro-entéro-anastomose dans un cancer de l'estomac inopérable.

M. Routier. — Messieurs, depuis quelques temps, les cas de résection stomacale appliquée au cancer se multiplient, et nos collègues en présentent presque à chaque séance.

Je ne saurais qu'applaudir à leurs succès s'ils se contentaient de vanter la résection, mais, comme on a profité de ces faits pour médire de la gastro-entéro-anastomose, je me permets de protester et de vous présenter un malade à l'appui de ma protestation.

La gastro-entéro-anastomose, ne l'oublions pas, n'est pas une opération de choix, mais bien une opération de nécessité, c'est du moins ainsi que je la comprends. Ce sont les cas qu'on ne peut pas réséquer auxquels on fait, en désespoir de cause, l'anastomose-gastro-intestinale; il s'ensuit que, pour peu que les résultats soient passables, nous devons nous estimer très heureux.

Voici une femme de trente-trois ans à qui j'ai pratiqué, je pourrais dire d'urgence, le 18 mai dernier, une gastro-entéro-anastomose antérieure avec le bouton de Murphy pour aller plus vite.

Elle était arrivée au dernier degré du marasme, pesait 32 kilogrammes et venait, en outre, d'être plus affaiblie encore par une forte hématémèse qui avait duré plusieurs jours.

Elle ne gardait plus une parcelle d'aliments depuis plusieurs semaines, et on la nourrissait avec des lavements alimentaires.

C'est dans ces mauvaises conditions que j'abordai l'opération, qui n'avait d'autre but que de l'empêcher de mourir de faim.

La tumeur stomacale était énorme, il ne restait de véritablement souple qu'une région de la grosse courbure : tout le pylore et les parties avoisinantes étaient comme confondus avec la masse dure du cancer stomacal.

Je pratiquai très rapidement une gastro-entéro-anastomose avec un bouton de Murphy et refermai le ventre.

De ce jour, la malade n'a plus vomi, tout s'est bien passé, elle a repris 6 kilogrammes de poids, elle digère bien; son contentement est grand, je dirai presque navrant, quand on songe à l'horrible désillusion qui l'attend; mais, étant donné ces faits, n'a-t-on pas dans la gastro-entéro-anastomose une ressource merveilleuse? c'est ce que je voulais dire en protestant contre l'ostracisme auquel semblent vouloir la vouer quelques-uns de nos collègues.

M. Tuffier. — Je suis de l'avis de M. Routier : quand on est en présence d'un cancer inopérable, il est évident que l'on doit faire la gastro-entéro-anastomose.

M. Souligoux présente une *tentative d'immobilisation de pseudarthrose.* — M. Ricard, rapporteur.

Vote.

Élection d'une commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

Votants : 24.

MM.	Rochard	23 voix.
	Segond.	18 —
	Delorme	15 —

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier dépose sur le bureau une observation de M. Charrier (d'Angers) intitulée : *Autoplastie par la méthode italienne.*

Remis à l'examen d'une Commission : M. Berger, rapporteur.

M. Nimier dépose sur le bureau quatre observations d'*intervention chirurgicale sur l'abdomen*, par M. Carlier.

Remis à l'examen d'une Commission : M. Michaux, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des hématocèles rétro-utérines.

M. Routier. — C'est en 1896, à l'occasion d'un rapport de notre collègue Picqué, sur des observations de grossesse extra-utérine présentées par M. Potherat, que fut agitée ici la question du meilleur mode de traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

D'accord sur le traitement des grossesses de plus de cinq mois, tumeurs franchement abdominales, les membres de la Société se partagèrent sur la question de savoir quelle était la meilleure conduite à tenir dans les cas englobés en clinique sous la rubrique d'hématocèles rétro-utérines; la majorité d'entre nous, cependant, défendait la voie vaginale, de préférence à la laparotomie que préconisèrent surtout MM. Terrier et Reynier.

C'est évidemment à l'appui de cette opinion, et pour montrer la supériorité de la laparotomie dans le traitement de l'hémato-

cèle, que M. Reynier vient de nous communiquer ses deux observations nouvelles.

Dans la dernière séance, M. Pozzi a pris la parole pour dire en deux mots qu'il avait l'habitude de traiter les hématocèles par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, et que s'il survenait une hémorragie, il s'en rendait maître par le tamponnement. Je viens aujourd'hui appuyer cette manière de voir.

Je reprendrai mes arguments de 1896, mais je les appuierai précisément par une observation que je voulais vous communiquer et où j'ai pu, en pratiquant la laparotomie dans un cas d'hématocèle habitée, déjà ouverte par le cul-de-sac vaginal, et qui saignait, constater que j'aurais pu sans aucun doute arrêter l'hémorragie, à moins de frais. Ma malade a guéri, mais une laparotomie est toujours une opération sérieuse qu'il vaut mieux, ce me semble, éviter quand on le peut.

En 1896, j'avais été des premiers à prendre part à la discussion; je m'efforçais de montrer les difficultés du diagnostic; étant donné qu'on a bien affaire à une collection pelvienne, est-ce du sang, disais-je, avec ou sans fœtus, ce que j'appelais l'hématocèle habitée ou simplement cataméniale ; mais n'est-ce pas du pus? et là, j'avoue que bien souvent il me paraît difficile de se prononcer d'une manière absolue.

C'est alors surtout, disais-je, que l'ouverture rétro-utérine par la voie vaginale est vraiment la meilleure méthode ; la malade ne court pas de danger, et tout au plus est-on exposé à faire une opération incomplète ; la laparotomie secondaire pratiquée plus tard, quand la fièvre est tombée, devient plus facile et plus anodine.

Mais sans sortir de la question, et supposant qu'on a bien affaire à une hématocèle, habitée ou déserte, l'incision du cul-de-sac vaginal peut suffire pour obtenir la guérison complète; les débris de placenta s'éliminent, s'atrophient, disparaissent; les lésions tubo-ovariennes, souvent primitives et causes de l'hématocèle, peuvent suffisamment rétrocéder pour ne demander aucun traitement consécutif : cette opinion que je défendais alors, que je défends encore aujourd'hui, fut ici vivement soutenue, surtout par nos collègues Bouilly et Segond; vous avez entendu M. Pozzi dans la dernière séance dire la même chose.

La grosse objection à faire à l'incision rétro-utérine serait donc le danger de l'hémorragie; comme M. Pozzi, j'avais toujours pu l'arrêter par le tamponnement; il y a quelques semaines, justement, j'ai cru devoir faire plus et pratiquer la laparotomie pour arrêter une hémorragie de ce genre; eh bien, je crois que c'était inutile; je vous dirai pourquoi, avec des arguments tirés de mon observation, et ceux que me fournit la lecture des deux

faits que nous a communiqués M. Reynier; ce sont les mêmes :

C'est qu'en effet, quand une hématocèle rétro-utérine habitée ou non est ouverte par le cul-de-sac postérieur, ou même comme l'a fait M. Reynier par la voie iliaque, et qu'elle saigne, l'hémorragie ne s'arrête pas par la ligature des artères utéro-ovariennes; c'est ou bien une hémorragie en nappe se produisant sous une région de la poche qui correspondait au placenta, ou bien et souvent une hémorragie de la tranche de section vaginale.

Dans l'un et l'autre cas, le tamponnement doit en avoir raison, c'est ce qui explique les résultats que j'avais obtenus, c'est ce qui explique ceux de M. Pozzi.

Je rappelle en passant, pour ceux qui croiraient que c'est par crainte d'ouvrir le ventre ou par peur du péritoine que je préfère la voie vaginale, je rappelle dis-je, qu'en 1888, je publiais dans la *Semaine médicale* une leçon sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine par la laparotomie, et qu'à l'appui de la voie abdominale que je préconisais alors, j'apportais quatre succès sur quatre opérations de laparotomie entreprises pour la cure de l'hématocèle.

Si, malgré ce beau début, je suis devenu partisan de la voie vaginale, c'est que je considère cette voie rétro-utérine comme absolument simple, sans dangers, et répondant mieux à l'indication à remplir, à savoir l'évacuation d'une collection franchement pelvienne.

Il est bien entendu que je suis resté laparotomiste, comme je le disais en 1896, pour toutes les tumeurs ou collections qui font surtout saillie dans l'abdomen : dans la discussion de 1896, M. Bouilly défendait absolument ces mêmes idées.

L'incision rétro-utérine, si innocente par elle-même, est au pis aller une opération d'urgence, d'attente; nous l'avons tous admis pour les suppurations pelviennes l'année dernière; mais dans l'hématocèle, elle est presque toujours curative. Je l'ai pratiquée d'urgence dans plusieurs cas pour obvier à l'occlusion intestinale que provoquait une hématocèle, la laparotomie aurait, je le crois, fait courir plus de risques à mes malades; je les ai guéries par l'incision du cul-de-sac postérieur ; elles seraient mortes sans doute si je leur avais ouvert l'abdomen.

Et quelle différence quand vous comparez l'incision du cul-de-sac à la laparotomie employée contre l'hématocèle.

Je sais bien que dans certains cas, l'hématocèle est si bien enkystée qu'on l'enlève comme un kyste de l'ovaire, comme un simple hématosalpinx, et c'est alors l'opération idéale qui donne un résultat parfait : facilité d'exécution, facilité de guérison.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et je crois très fréquentes,

plus fréquentes même, ces hématocèles mal limitées, dont la paroi est faite d'anses intestinales, d'épiploon, de la paroi pelvienne ou abdominale, de la vessie, agglutinés par ces paquets fibrineux noirs ou marrons si friables.

Et alors, vraiment, la laparotomie devient laborieuse, et quand on l'a terminée, on est peu satisfait de la propreté du petit bassin, et on draine, et alors ne valait-il pas mieux commencer par où on a dû finir?

Il n'y a pas longtemps, le 1er juin, j'ai opéré, par la laparotomie, de parti pris, une hématocèle rétro-utérine, mais dont les deux tiers au moins remontaient dans l'abdomen du côté du foie.

J'ai dû enlever d'énormes caillots, faire une résection de l'épiploon, réséquer les deux annexes qui m'ont paru malades; les deux trompes étaient hémorragiques ; il n'y avait pas de fœtus ; puis j'ai pu enlever un peu plus de la moitié de la membrane adventice qui formait la poche de l'hématocèle.

Mais quand j'ai eu fait toutes ces manœuvres qui, on me l'accordera, demandent une assez grande expérience de la chirurgie abdominale, et une asepsie irréprochable, car on se trouve dans un milieu éminemment propre à toutes les cultures, eh bien, j'ai été très peu satisfait du résultat; j'avais tout le petit bassin et toute la fosse iliaque droite dont la surface péritonéale paraissait noire, imbibée de sang, villeuse par les dépôts fibrineux; je vous assure qu'il y avait tout lieu de craindre pour les suites; enfin, pour éviter la stagnation des liquides qui allaient fatalement être sécrétés par ces mauvaises surfaces, j'ai perforé le cul-de-sac vaginal postérieur et j'ai mis deux drains et deux mèches iodoformées.

Je dois dire que ma malade a guéri sans le moindre accident, comme du reste avaient guéri mes quatre malades de 1886-1888 dont j'ai parlé dans la *Semaine médicale.*

Combien il eût été plus simple d'ouvrir d'emblée le cul-de-sac rétro-utérin, d'évacuer le plus de caillots possible, et de bien drainer pour assurer l'évacuation du reste!

Mais je n'oublie pas que le grand danger de l'ouverture des hématocèles, c'est l'hémorragie, nous dit-on.

En 1896, je vous ai rapporté un cas où le sang ne fut arrêté que par la compression de l'aorte : ma malade guérit.

Eh bien, c'est précisément à propos d'une hémorragie survenue après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, dans une hématocèle, habitée, que j'ai fait une laparotomie immédiate, sans cependant avoir eu l'émotion que paraît avoir éprouvée M. Reynier : ma malade saignait, le sang était bien rouge et rutilant, mais je sentais que j'avais le temps d'agir.

Voici cette observation :

Le 8 juin dernier, venait dans mon service, à Necker, conduite par sa mère, une toute jeune femme d'allure infantile, mariée depuis décembre 1898.

Ses dernières règles régulières dataient du 28 février; une nuit, en avril, elle perdit du sang, puis plus rien.

Elle souffrait du ventre, plus spécialement du côté droit depuis février; ses douleurs étaient quelquefois assez fortes pour la forcer à se coucher.

Depuis quinze jours, ces douleurs avaient considérablement augmenté et s'étaient en outre étendues à la vessie.

L'utérus était dévié à gauche par une tumeur grosse comme le poing, occupant tout son côté droit. Je pensai à une grossesse extra-utérine.

Je comptais enlever cette tumeur annexielle unilatérale par la laparotomie. Mais dès le lendemain, l'aspect avait changé : la malade avait 39 degrés, 110 pulsations, la douleur était plus vive. Il n'y avait pas à penser à la rupture possible d'un kyste fœtal, j'inclinai plutôt à croire qu'il s'agissait de suppuration, et c'est ce qui me fit abandonner la voie abdominale pour préférer la voie vaginale.

Le 8 juin donc, j'incise le cul-de-sac postérieur : il sort une masse de caillots, puis un fœtus de 12 centimètres, le cordon rompu, et ça saigne rouge et assez fort.

Au lieu de faire tout simplement du tamponnement qui m'avait déjà réussi autrefois, probablement parce que la poche montait haut, que j'avais songé d'abord à l'attaquer par la laparotomie, c'est cette opération que j'ai cru devoir pratiquer pour arrêter cette hémorragie abondante, mais non foudroyante, comme celles qu'a observées notre collègue.

La laparotomie faite immédiatement me permit d'ouvrir une énorme hématocèle, limitée fort mal par une mauvaise pseudo-membrane de fibrine rougeâtre.

Les annexes du côté droit, côté correspondant à la tumeur, sont noires, hémorragiques ; je les lie et je les résèque.

Je nettoie la poche, non cependant d'une façon suffisante pour que je ne me croie obligé à drainer par l'ouverture déjà faite.

La malade, très pâle et très exsangue, fut portée dans son lit et reçut dans la journée deux litres de sérum par la voie hypodermique. Les suites furent simples, elle a guéri.

Je ne suis pas sûr que ma ligature sur l'utéro-ovarienne, ma ligature des annexes soit le grand facteur hémostatique ; je crois plutôt que l'hémorragie abondante, je dois l'avouer, venait de la section du cul-de-sac, et très probablement elle eût été arrêtée par le tamponnement.

C'est précisément cette même remarque que je fais en lisant les deux observations de M. Reynier.

Dans sa première : ouverture vaginale, hémorragie, laparo-

tomie rapide (car l'hémorragie met la malade en danger), ligature et ablation des annexes gauches qui contiennent un œuf :

« *Le sang continuant à venir rouge du fond du bassin*, je crois prudent, dit l'auteur, d'aller chercher les annexes du côté droit : l'ovaire est kystique, la trompe contient du sang; ligatures et ablations. »

Malgré cela, M. Reynier fait un drainage soigné.

Dans sa seconde observation, c'est pire : après avoir pincé les deux utéro-ovariennes, les deux annexes, il voit des points du petit bassin qui saignent encore, et il doit laisser en place cinq pinces qui sortent par son incision de la laparotomie, avec tamponnement autour.

Ceci m'amène à croire que lorsqu'on ouvre une hématocèle rétro-utérine, et qu'on a une hémorragie rouge, de sang rutilant, artériel, ce sang ne vient pas directement des utéro-ovariennes : il vient soit de l'incision vaginale, soit du fond de la poche qui correspond au plancher du petit bassin, toutes régions accessibles à un tamponnement bien fait.

Et c'est pourquoi je persiste à croire que la meilleure méthode de traitement des hématocèles rétro-utérines, habitées ou non, est encore l'incision du cul-de-sac postérieur, au moins comme premier temps, quitte à être prêt à faire une laparotomie en cas d'hémorragie dont l'abondance et l'intensité paraîtraient inquiétantes et que le tamponnement paraîtrait incapable d'arrêter.

La laparotomie d'urgence n'en restera pas moins l'exception.

Je termine en conseillant, quand on fait l'incision du cul-de-sac postérieur, d'être sobre quant aux manœuvres dans l'intérieur de la poche : il faut se contenter de laisser sortir les caillots et de faciliter leur sortie par un jet de liquide, faire un lavage de la poche : les manœuvres digitales ou instrumentales pourraient léser soit la région placentaire, soit la trompe malade, et donner lieu alors à cette hémorragie qui est le seul accident possible de cette intervention.

M. Potherat. — Je ne veux en aucune manière reprendre la discussion sur la voie la meilleure pour aborder l'hématocèle rétro-utérine. Le sujet a été traité ici à une époque trop peu éloignée, pour que des faits nouveaux puissent modifier les opinions exprimées à cette époque. Et ces opinions ont été, pour quelques orateurs au moins, exposées avec une logique qui n'a rien perdu de sa force et une clarté qui n'a rien perdu de son éclat. MM. Bouilly, Segond, entre autres, ont même donné au problème une solution non seulement très précise, mais en même temps très simple, qui se résume en ceci : à l'hématocèle rétro-utérine, la

colpotomie postérieure; à la grossesse extra-utérine, la laparotomie. Je suis fidèle à cette doctrine de mes maîtres.

M. Reynier se déclara partisan irréductible de la laparotomie. Elle seule, dit-il, peut mettre à l'abri de l'hémorragie grave, qui peut survenir immédiatement ou secondairement après la colpotomie. Son principal argument, d'ailleurs, était qu'il n'est pas possible, le plus souvent, de faire le diagnostic différentiel de l'hématocèle rétro-utérine dans les premiers mois de son développement. N'ayant pu convaincre alors ses adversaires, M. Reynier apporte aujourd'hui deux nouveaux faits à l'aide desquels il a pensé l'emporter définitivement.

En effet, il a fait la colpotomie, et il a eu une hémorragie d'une extrême gravité. Sa malade n'a échappé à la mort que grâce à la rapidité avec laquelle notre collègue a fait la laparotomie, grâce à d'abondantes injections de sérum artificiel.

Voilà, semble-t-il, qui est absolument péremptoire — colpotomie égale hémorragie incoercible, ou du moins très grave.

Mais M. Reynier a fait la contre-épreuve; dans un second cas, il a fait d'emblée la laparotomie, et qu'est-il arrivé ?... Il a eu une hémorragie qui n'a pas été moins formidable que dans le cas précédent; il a dû faire séance tenante une laparotomie médiane, la première étant latéralisée.

Je ne sais pas quel a été le sentiment de nos collègues à la lecture de cette observation, mais j'avoue que je n'ai pas été du tout convaincu, loin de là ; et je suis fort étonné que M. Reynier ait trouvé là des faits décisifs en faveur de sa manière de voir. Il a fait la colpotomie, il a eu une hémorragie considérable ; il a fait la laparotomie, il a eu une hémorragie des plus inquiétantes; dans le premier cas, il commence par une colpotomie et finit par une laparotomie, dans le second, il fait une double laparotomie. Je ne vois pas bien où est l'avantage, et il est difficile de juger à laquelle des deux méthodes il faudra accorder la préférence.

Mais, en s'en tenant même à l'interprétation que M. Reynier semble vouloir donner à ses deux faits, ceux-ci sont une éclatante confirmation de l'opinion défendue par les deux maîtres en gynécologie que je nommais plus haut, MM. Bouilly et Segond, à savoir que la laparotomie convient seule aux grossesses extra-utérines en évolution, la laparotomie médiane, bien entendu. Si M. Reynier avait dans l'un et l'autre de ses deux cas fait la laparotomie médiane, d'emblée, il n'aurait pas eu une hémorragie aussi formidable probablement, car il n'aurait pas effondré le placenta qui était en arrière, dans le premier cas, et qui, par suite, aurait échappé à toute atteinte; il l'aurait vu et évité dans le

second cas, car il pouvait l'éviter en songeant seulement à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, et en voyant par transparence cette masse bleuâtre qu'il prit pour un épanchement sanguin au-devant d'un phlegmon du ligament large. Comment M. Reynier a-t-il pu se rallier à ce diagnostic de plegmon que lui poussait son interne : où étaient les oscillations de la température, l'empâtement, l'œdème de la paroi; où était, du moins, le plastron abdominal qui jamais ne manque? ils n'existaient pas, car ils ne figurent pas dans les détails de la clinique.

Si l'hypothèse d'un phlegmon du ligament large n'était pas soutenable avant l'ouverture du ventre, elle l'était moins encore si possible dès que l'opérateur fut arrivé sur le péritoine, qui lui laissait voir par transparence une masse bleuâtre.

De plus, dans ce cas, pas plus que dans le précédent, le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ne pouvait être porté; au contraire, toutes les probabilités étaient pour la grossesse extra-utérine. Sans doute, il y avait eu des phénomènes abdominaux pouvant simuler une hémorragie interne ; sans doute, aussi, M. Reynier, par le double palper, sentait une masse régulière, rénitente, mais où était cette masse? Bombait-elle dans le cul-de-sac postérieur? Nullement, elle était latéralisée à gauche. En outre, il y avait des phénomènes généraux dont on ne pouvait méconnaître la signification. C'étaient : la cessation depuis un, deux ou trois mois de règles jusque-là régulières ; des troubles digestifs, des nausées. L'état des seins n'est pas noté; mais peut-être l'examen, porté de ce côté, eût fourni d'utiles renseignements, bien capables, par leur juxtaposition avec les précédents, de conduire au diagnostic ferme de grossesse extra-utérine dans le second cas, de grossesse probable dans le premier cas. Le plus habile clinicien peut, cela n'est pas douteux, faire une erreur de diagnostic, et il est loin de ma pensée de critiquer M. Reynier à cet égard, mais il ne peut utiliser une erreur de diagnostic en faveur de sa manière de voir.

Conclusion : dans les deux cas, M. Reynier devait porter le diagnostic de grossesse extra-utérine ; il devait tout au moins considérer ce diagnostic comme le plus probable et conformer sa conduite à cette opinion en pratiquant une laparotomie médiane et d'emblée. Ce faisant, il eût été en accord parfait avec les préceptes de MM. Bouilly et Segond, Routier et Picqué, préceptes que ces deux faits confirment absolument.

M. Picqué. — Je tiens à m'associer à l'opinion exprimée par mes collègues Routier et Potherat.

M. Reynier nous cite deux cas défavorables à la colpotomie. Or,

on ne saurait réellement se servir de deux cas pour rejeter une méthode. Je tiens à répéter, comme en 1896 (*Rapport sur les cas* de M. Potherat), que la colpotomie, appliquée aux hématocèles rétro-utérines avec ou sans fœtus, reste la méthode de choix ; que, le plus souvent, les hémorragies plus ou moins abondantes qui l'accompagnent s'arrêtent facilement, et, qu'en résumé, cette opération est d'une telle simplicité qu'on ne saurait lui opposer la laparotomie comme méthode générale. Il sera toujours possible, du reste, de pratiquer une laparotomie secondaire dans les cas très exceptionnels où la colpotomie provoque une hémorragie qui semble devoir être rapidement mortelle.

M. Chaput. — Je reconnais avec la majorité de mes collègues que, d'une manière générale, l'incision vaginale des hématocèles est très bénigne et donne d'excellents résultats. Dans la grande majorité des cas, ces incisions vaginales ne s'accompagnent d'aucune hémorragie ; mais il ne faudrait pas croire qu'il en sera toujours ainsi.

J'ai déjà publié, en 1895, une observation d'hématocèle incisée par le vagin ; l'opération n'avait été suivie que d'un suintement insignifiant que j'avais arrêté par un tamponnement antiseptique. La malade, ramenée dans son lit, alla très bien pendant quelques heures, mais, dans l'après-midi, elle présenta subitement des signes d'hémorragie interne et mourut en quelques minutes sans qu'on ait pu lui porter secours. A l'autopsie, on trouva que l'hémorragie provenait de la trompe gravide rompue.

Cette observation m'avait vivement impressionné, et j'étais, depuis ce moment, devenu un partisan convaincu de la laparotomie pour les hématocèles.

Dans ces derniers temps, cependant, j'ai opéré quelques hématocèles par le vagin, et ces opérations guérirent si simplement que je laissai fléchir mes convictions primitives.

Actuellement, je professe une opinion mixte, et je pense qu'on a le droit d'inciser par le vagin. Après avoir évacué les caillots, il faut se comporter selon les circonstances : s'il n'y a pas d'hémorragie, on se contentera d'un léger tamponnement à la gaze ; s'il se produit une hémorragie légère, j'emploie le tamponnement avec les éponges vraies ; mais si l'hémorragie ne s'arrête pas, légère ou grave, il faut y remédier par la laparotomie immédiate.

On peut observer dans les laparotomies pour hématocèle des hémorragies très graves provenant des veines du Douglas et des plus difficiles à arrêter, mais cette constatation n'est pas de nature à nous faire préférer la voie vaginale ; car, dans des circonstances identiques, il est toujours plus facile de faire l'hémos-

tase par l'abdomen, qui permet de voir, que par le vagin, où l'on n'y voit pas.

Pour me résumer, j'estime que dans la grande majorité des cas, l'incision vaginale est très bénigne et donne les meilleurs résultats; elle mérite donc d'être conservée comme méthode générale.

Toutefois, s'il se produit une hémorragie légère et persistante, ou grave, impossible à arrêter par le tamponnement, il faut immédiatement ouvrir le ventre pour exécuter une hémostase complète et absolue.

M. Lucas-Championnière. — Je ne saurais trop appuyer les opinions émises par M. Reynier. Je me borne, d'ailleurs, à répéter ce que j'ai dit déjà à ce sujet. J'ai fait un certain nombre de ces interventions par la laparotomie, et, étant données les difficultés que j'ai eues pour arrêter l'hémorragie alors que j'avais les vaisseaux sous les yeux, je ne ferai jamais une incision par le vagin. Je craindrais de rencontrer des cas analogues à ceux de M. Chaput.

Je serais préoccupé en incisant par le vagin de voir l'hémorragie continuer.

J'ajouterai que, quand même on m'apporterait un grand nombre de cas bénins de colpotomie, je n'ouvrirais pas de plein gré le cul-de-sac postérieur. Il faudrait, je crois, pour que cela m'arrive, une erreur de diagnostic. La laparotomie me semble bien plus indiquée. Quant à la bénignité de l'ouverture par le cul-de-sac postérieur opposée à la laparotomie, je n'y crois pas. Il me semble que la laparotomie dans le cas d'hématocèle est plutôt bénigne. Il y a d'autres laparotomies bien plus graves.

Il me semble donc que la véritable voie est la voie abdominale antérieure qui donne la vision claire du point qui saigne.

M. Pozzi. — J'ai ouvert beaucoup d'hématocèles par le vagin, je n'ai jamais vu d'accidents. Parfois, du sang clair a succédé à l'écoulement de sang noir; mais si l'on a soin de faire alors une injection chaude dans la poche, si on fait rapidement un tamponnement à la gaze iodoformée, on arrête aisément l'hémorragie. Je dois ajouter que je crois qu'il est très utile, quand on a enlevé les caillots, d'enlever aussi les débris de placenta.

Il faut prendre beaucoup de précautions pour mener à bien cette opération, et prendre garde à ne pas détruire les adhérences protectrices. Les manœuvres à l'intérieur de la poche, après que le liquide s'est écoulé, seront faites très doucement, en glissant sur les parois pour en détacher les parties solides qui sont facilement accessibles et peu adhérentes. La colpotomie, avec ses précautions, est pour moi bien supérieure à la laparotomie dans les

tumeurs hématiques pelviennes, car celles-ci sont toujours alors séquestrées du reste de l'abdomen par des adhérences. C'est un mode naturel de guérison qui a commencé à se produire; on aide la nature en ouvrant ces collections par le vagin.

La laparotomie va, au contraire, à l'encontre de la guérison naturelle; il faut, pour arriver sur la tumeur, faire des dégâts, rompre des adhérences, et souiller la cavité abdominale avec les caillots cruoriques. Exceptionnellement, quand la tumeur est uniquement abdominale, il faut faire la laparotomie; quand elle est pelvienne, mieux vaut la colpotomie.

Parfois j'ai extrait un fœtus avec les caillots et parfois aussi j'ai pu enlever le sac tubaire. Dans ce dernier cas, après avoir décortiqué la poche tubaire contenant le placenta, voyant qu'il y avait de la difficulté à assurer autrement l'hémostase, j'ai mis une pince par l'incision vaginale sur le pédicule de la trompe attirée dans le vagin, et quelquefois 2 ou 3 pinces sur la tranche vaginale qui saignait. J'ai laissé ces pinces à demeure durant vingt-quatre heures.

Je fais toujours systématiquement le tamponnement de la poche qui a été vidée et dont j'ai scrupuleusement respecté l'intégrité par la modération de mes manœuvres. Ce dernier point est capital pour que le tamponnement soit hémostatique.

M. Tuffier. — Je crois qu'il est important de préciser les cas qui peuvent se présenter.

Il faut distinguer d'abord la grossesse extra-utérine qui est une grossesse vivante et l'hématocèle qui est une grossesse morte. Autant pour la première l'intervention par la voie abdominale est l'opération de choix, autant pour l'autre, la voie vaginale semble indiquée.

Il peut encore se présenter des hématocèles récentes ou anciennes; elles ne se ressemblent pas, car autour des premières on rencontre une vascularisation considérable des tissus, comme autour de toute grossesse. Aussi est-il très difficile d'attribuer à ces 2 cas un traitement identique.

On peut encore rencontrer des hématocèles infectées; pour celles-ci, comme pour les vieilles hématocèles, l'incision vaginale doit être admise sans conteste.

Je reste sur l'opinion que j'ai émise voilà quatre ans : pour les grossesses extra-utérines abdominales, la laparotomie; pour les pelviennes, l'incision du cul-de-sac postérieur.

J'ai eu 2 fois à placer des pinces pour arrêter une hémorragie par le cul-de-sac postérieur; elle s'est arrêtée aisément.

Je m'en tiens donc à mes conclusions anciennes.

M. Paul Reynier. — Je répondrai d'abord à notre président. Avec M. Picqué, il me cite un grand nombre d'hématocèles opérées par la voie vaginale, sans accidents. Mais cette statistique personnelle prouve seulement que M. Pozzi a été heureux, elle ne prouve pas que ces accidents ne puissent pas se produire. En science il est universellement admis que 1.000 faits négatifs ne vont pas à l'encontre d'un fait positif. Pendant dix-huit ans, je n'ai pas eu d'hémorragie en incisant par le cul-de-sac postérieur des hématocèles, et je viens d'en avoir deux. Ces faits viennent s'ajouter à ceux que j'ai déjà cités, qui ne m'étaient pas personnels. Et je peux affirmer de nouveau ici que ces accidents ne sont pas si exceptionnels qu'on veut bien le croire, car j'en connais d'autres exemples, qui n'ont malheureusement pas été encore publiés. Ils le seront j'espère prochainement, un élève cherchant à réunir dans sa thèse tous ces faits.

Quand il arrivera à M. Pozzi de se trouver en présence d'une hémorragie comme celles que j'ai vues, probablement il deviendra comme moi moins partisan de l'incision vaginale; car je doute qu'il puisse arrêter cette hémorragie comme il le dit, avec un tamponnement. Malgré mon tamponnement, lorsque j'ai ouvert le ventre, j'ai trouvé le sang qui s'épanchait au-dessus de mon éponge dans la cavité abdominale.

Et je ne vois vraiment pas comment on peut être maître d'une pareille hémorragie par la voie vaginale.

M. Pozzi parle de mettre une pince sur le pédicule de la trompe, de décoller le placenta. Qu'un chirurgien aussi habile que M. Pozzi puisse à l'occasion réussir ces manœuvres, cela se peut. Mais je ne me risquerais pas à aller mettre ainsi dans la profondeur une pince sur l'artère utéro-ovarienne, ou sur la trompe, sachant bien que l'intestin est presque toujours adhérent et qu'on a dans ces manœuvres grande chance de le pincer.

Quant à la décortication du placenta, si celui-ci est près de l'incision vaginale, s'il n'est pas adhérent, je sais qu'on a pu l'amener par cette incision. Mais je ne vois pas qu'on puisse facilement, s'il est haut placé, un peu volumineux, adhérent, le décortiquer avec les doigts. L'étroitesse du canal vaginal se prête mal à toutes ces manœuvres.

M. Potherat longuement vient de me montrer comment, pour ma seconde malade, j'aurais pu faire mon diagnostic. Je n'en doute pas; comme lui, je crois savoir le faire; si j'ai fait une erreur ici, je m'en accuse humblement. Dès le début de mon observation, j'ai dit que j'avais accepté trop facilement le diagnostic de mon interne, que j'avais fait un examen incomplet, devant faire une laparotomie le matin même, et n'ayant pour cette

raison, pas voulu pratiquer le toucher vaginal sur cette femme.

Mais j'aurais préféré que M. Potherat me dise comment il fait le diagnostic entre une hématocèle due à une salpingite hémorragique et une hématocèle avec grossesse et placenta, autrement dit entre une hématocèle habitée et une hématocèle non habitée; *car toute la question est là* : M. Potherat la tranche aisément sans essayer de la résoudre, en nous disant qu'il adopte la formule de M. Segond. Il réserve la laparotomie pour les grossesses extra-utérines, et l'incision vaginale pour les hématocèles. Encore une fois, si on peut me dire comment on fait ce diagnostic, je serai alors absolument de l'avis de mes collègues; mais tant que nous serons dans l'impossibilité d'affirmer, en présence d'une hématocèle, que nous n'avons pas de grossesse extra-utérine, et tant qu'on ne m'aura pas donné le moyen de faire ce diagnostic, je resterai partisan de la laparotomie, qui me permet, si par hasard je me trouve en présence d'une grossesse, de parer à tous les accidents.

En tout cas, comme l'a fait remarquer M. Chaput, si on fait une incision vaginale, je demande qu'on prépare tout pour pouvoir faire rapidement une laparotomie.

M. Lucas-Championnière, que je suis heureux de voir partager ma manière de voir, vient encore de nous montrer la bénignité de ces interventions abdominales pour hématocèles; j'ajouterai en effet, à ce qu'il a dit, que je n'ai jamais eu d'accidents pour les hématocèles limitées, non suppurées. Chez les seules malades que j'ai perdues, il s'agissait de cas d'inondation péritonéale, mais ce sont là des faits qui ne rentrent pas dans le sujet qui nous occupe.

Je dirai enfin à M. Routier que pour ma première malade, la simple ligature de l'artère utéro-ovarienne avait suffi pour arrêter l'hémorragie; c'est chez la seconde malade qu'il m'a fallu mettre des pinces sur des points qui saignaient dans le fond du petit bassin, et qu'il m'aurait été impossible de pouvoir lier; c'est cette multiplicité des points donnant lieu à l'hémorragie, et la difficulté de les trouver, qui montrent la nécessité d'avoir recours à une voie large comme celle que donne seulement la laparotomie.

M. Pierre Delbet. — Il y a peut-être des divergences fondamentales entre les divers orateurs qui ont pris la parole dans la discussion actuelle, mais il y a certainement aussi des divergences apparentes qui tiennent à ce qu'on ne s'entend pas très bien sur la position de la question.

Le mot d'hématocèle a un peu vieilli. Il s'appliquait naguère à toutes les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale. On

décrivait sous ce nom aussi bien les petites hémorragies qui s'enkystent dans le cul-de-sac de Douglas et guérissent sans intervention que ces effroyables inondations intrapéritonéales qu'on appelait, depuis Barnes, hématocèles cataclysmiques et qui tuent en quelques instants.

Si on prend le mot dans ce sens très vaste, il est bien difficile de soutenir qu'on doive toujours intervenir par la voie vaginale. Voilà, par exemple, une grossesse extra-utérine de cinq mois qui se rompt par sa face supérieure. Que peut-on espérer faire par la colpotomie? Les lambeaux du kyste fœtal qui saignent seront absolument inaccessibles et le tamponnement le mieux fait n'empêchera pas l'hémorragie de continuer au-dessus de lui.

Il y a donc un premier groupe de faits sur lequel tout le monde ici est certainement d'accord. Ce sont les ruptures de grossesse extra-utérine se faisant dans le péritoine. On pourrait les appeler ruptures intra-péritonéales pour les opposer aux ruptures qui ont pour siège la partie basse du kyste fœtal et se font au-dessous des adhérences.

Dans ces ruptures intra-péritonéales, le danger est pressant; il vient de l'hémorragie. C'est elle qu'il faut immédiatement arrêter, et le seul moyen qui permette de le faire avec sûreté, c'est la voie haute, c'est la laparotomie. Encore une fois, je suis parfaitement sûr que tout le monde s'entend sur ce point.

Voyons les cas où l'hémorragie se faisant sous les adhérences n'est pas immédiatement menaçante. La tumeur se constitue, elle acquiert une tension plus ou moins considérable, mais, par le fait même de cette tension, l'hémorragie s'arrête.

M. Reynier nous a dit qu'il était fort difficile de distinguer une hématocèle d'une grossesse extra-utérine. Cela veut dire, il me semble, qu'il est fort difficile de savoir si la grossesse continue à évoluer, après une rupture partielle, ou bien si le fœtus est mort. Lorsque cette difficulté existe, lorsqu'on a le moindre doute sur la continuation de la grossesse extra-utérine, il me paraît encore évident que, s'il y a indication d'intervenir, c'est par la laparotomie qu'il faut le faire.

Restent donc seulement les petites hématocèles dues soit à des avortements tubaires précoces, soit à de simples salpingites hémorragiques. Celles-là guérissent très bien toute seules en tant qu'hématocèles. En tout cas, il n'y a pas d'indication urgente. Le plus souvent, nous ne les voyons qu'au bout d'un certain temps. Si l'on intervient, c'est parce que la tumeur est lente à se résorber, c'est parce que, après avoir durci, elle reste stationnaire, c'est parce qu'elle détermine des accidents de compression. Dans de telles conditions, il est bien certain qu'on peut intervenir par

le vagin sans s'exposer à aucun danger. Je fais cependant des réserves pour le cas où il s'agirait d'une grossesse extra-utérine et où le placenta serait inséré de telle sorte que l'incision vaginale tomberait dessus, car on sait que dans ces cas le placenta est long à s'atrophier. Il est d'ailleurs si rarement inséré de cette façon qu'on peut dire que l'intervention vaginale est dans ces cas-là sans danger. Mais est-elle satisfaisante? Non, il me semble; car elle ne permet guère de bien nettoyer le foyer morbide ni d'enlever la trompe malade. Sans doute on pourrait faire l'hystérectomie vaginale, qui permettrait d'enlever les annexes du côté atteint, mais, comme celles du côté opposé sont souvent saines, ce serait une mutilation inutile. Aussi je crois que si, dans de telles circonstances, on juge convenable d'intervenir, la laparotomie est encore préférable.

M. Pozzi. — Personne d'entre nous n'a voulu confondre les cas de rupture de grossesse extra-utérine avec hémorragie péritonéale menaçante avec ce que nous appelons hématocèle, ou hémorragies anciennes enkystées dans le bassin. Il est possible d'avoir des accidents hémorragiques, même alors, mais c'est surtout dans le cas d'hématocèles récentes; il se passe alors ce qu'on voit dans les grossesses extra-utérines quand le fœtus vit et qu'on détache le placenta. Si, au contraire, le fœtus est mort, on n'observe pas d'hémorragie; n'abordez les hématocèles qu'après quinze jours, alors que l'hémorragie est arrêtée, et vous n'aurez pas d'accidents.

S'agit-il au contraire d'une rupture récente de grossesse extra-utérine avec hémorragie intra-péritonéale grave, l'indication change. C'est l'hémostase qui devient l'indication maîtresse et qui impose la laparotomie.

Mais je répète que lorsqu'il ne s'agit que d'évacuer une tumeur sanguine stationnaire, habitée ou non par un fœtus, on peut l'aborder sans danger par le vagin si elle est accessible par cette voie; je ne nie point la possibilité des accidents hémorragiques, mais aurais-je pareil accident que je ne changerais pas pour cela ma pratique, je tâcherais d'y parer. Cet accident me semble si rare que je reste partisan de la colpotomie.

M. Paul Reynier. — Je fais seulement observer à M. Pozzi que ma première observation va à l'encontre de ce qu'il vient de formuler. Il y avait plus d'un mois et demi qu'on observait la malade, et on ne pouvait pas dire qu'on avait affaire ici à une hématocèle récente, puisque je craignais même qu'elle ne fût suppurée.

M. Pierre Delbet. — Je voudrais demander à M. Pozzi si sa

formule n'a pas un peu outrepassé sa pensée lorsqu'il a dit qu'en présence d'une hématocèle, il fallait attendre, pour intervenir, que l'hémorragie eût cessé depuis quinze jours. Je ne veux pas parler des hématocèles cataclysmiques auxquelles il ne faisait certes pas allusion. Mais. dans les grossesses extra-utérines, il arrive que la rupture se fasse en plusieurs temps. Une première hémorragie se produit sous les adhérences sans menacer l'existence; une seconde peut se comporter de la même façon. Ce n'est qu'à la troisième parfois que le kyste se rompt du côte du péritoine et que l'hémorragie devient menaçante, voire même immédiatement mortelle. Il y a donc des cas où il faut savoir se hâter, car, avec la temporisation, on s'exposerait à laisser mourir la malade pendant qu'on attend le moment d'intervenir.

M. Pozzi. — Vous confondez encore les hémorragies intra-péritonéales dans lesquelles l'hémorragie est le fait capital; tout le monde dans ces cas-là ferait la laparotomie, mais je prends l'accident de fausse couche intra-abdominale, avec tumeur pelvienne; je l'opère par le vagin après expectation et je ne crois pas qu'il soit sage de poser en principe, qu'on doit toujours opérer hâtivement, par crainte d'une nouvelle hémorragie, qui est un accident excessivement rare. On sera toujours à temps de faire la laparotomie si celle-ci se produit pendant la courte expectation que je recommande. Je n'en ai jamais eu l'occasion en pareil cas.

M. Delbet. — Je parle de ces cas où la première hémorragie se fait sous les adhérences et où la rupture de la partie supérieure du kyste fœtal, qui permet au sang de se répandre dans la grande cavité péritonéale ne se produit que secondairement.

Communication.

Deux cas de grossesses extra-utérines anciennes ouvertes dans la vessie. Cystotomie sus-pubienne.

Par M. FRANÇOIS HUE (de Rouen), membre correspondant.

La terminaison des grossesses extra-utérines anciennes par ouverture spontanée dans la vessie ne semble pas très fréquente, si on en juge d'après le petit nombre de cas publiés jusqu'à présent. On a conseillé d'y remédier par la laparotomie (Braxton Hicks), la cystotomie vaginale (P. Muller), la taille urétrale (Thompson). Dans deux cas où il m'a fallu intervenir à cinq ans de distance, j'ai abordé la vessie par la taille sus-pubienne et m'en suis bien trouvé.

Dans un de ces cas, comme l'observation vous l'indiquera, les tentatives par l'urètre ont montré cette voie insuffisante et n'ont permis que le diagnostic, bien que la dilatation ait été poussée à l'extrême.

Enfin, dans les deux cas, le diagnostic porté avant toute intervention n'avait été que celui de calcul vésical développé autour d'un corps étranger volumineux. La vérité ne s'est découverte que pendant l'opération. Si j'avais de nouveau à choisir la voie d'accès vers une vessie habitée par un lithopédion, je n'hésiterais pas à pratiquer encore la taille hypogastrique qui m'a permis de faire mes deux interventions en pleine lumière, en toute sécurité, avec grandes facilités de nettoyage à fond. Dans les deux cas, malgré l'état du péritoine du petit bassin, qui gardait des traces de vicissitudes anciennes, épaississements et adhérences, j'ai pu sans trop grandes difficultés relever le cul-de-sac sur une assez large étendue, pour avoir un accès très suffisant à la vessie. La cavité péritonéale a été évitée, ce qui était fort désirable, étant donné le cloaque infect et virulent qu'il s'agissait d'ouvrir et d'antiseptiser.

Voici mes deux observations :

Obs. I. — Le 10 mai 1894, le Dr Guillouet (de Brionne) m'adresse une femme de soixante-deux ans, Mme M..., cultivatrice, qui perd ses urines par le vagin et souffre d'une cystite calculeuse dont elle demande à être délivrée à tout prix. La malade a attendu qu'elle soit à bout pour demander conseil à son médecin, car ses douleurs remontent à plusieurs mois. Elle renseigne d'ailleurs mal sur ses antécédents. C'est une vigoureuse paysanne qui, jusqu'à la ménopause, dit avoir été assez bien portante. Elle a eu deux enfants et ne se souvient d'avoir gardé le lit qu'une fois, avec des douleurs de ventre très vives; mais elle a oublié dans quelles circonstances, à quelle époque et pendant combien de temps. La ménopause a eu lieu à cinquante-sept ans. Deux ans après, elle eut une bronchite qui dura plusieurs mois; c'est alors que se firent sentir les premières douleurs de la vessie. Comme elle travaillait aux champs, il lui fallut s'interrompre de temps à autre. Elle avait des envies plus fréquentes d'uriner et rendait parfois des fragments durs qu'elle n'a jamais examinés ni gardés. Les douleurs étaient surtout vives à la fin de la miction. Un médecin consulté lui donne des remèdes contre la cystite sans l'examiner et sans succès d'ailleurs. Un bandagiste qu'elle alla voir ensuite lui appliqua un pessaire parce qu'elle trouvait que sa matrice était pesante. Mais elle allait de mal en pis et dut enfin garder le lit, jusqu'au jour où il sortit par le vagin du sang, du pus et enfin de l'urine.

Actuellement, la fistule vésico-vaginale est bien constituée. L'urine ammoniacale et purulente s'écoule sans cesse, irritant et excoriant le vagin, la vulve et les cuisses. Les douleurs sont continues avec exaspérations violentes de temps à autre, déterminées par la sortie de frag-

ments durs, gros en moyenne comme un pois. Malgré tout, l'état général n'est pas trop déprimé; il n'y a qu'un peu d'amaigrissement, dû en grande partie à la perte de tout sommeil.

Le cathétérisme, fort douloureux, fait constater l'existence dans la vessie d'un calcul friable, allongé d'avant en arrière, et de volume trop considérable pour pouvoir être extrait par l'urètre. La vessie fongueuse saigne abondamment.

Par le toucher vaginal, on sent la fistule vésico-vaginale, de très petite dimension, tout de suite en avant du col, dans le cul-de-sac antérieur. L'examen au spéculum est impossible du fait de l'acuité des douleurs. Afin d'explorer facilement et de pouvoir nettoyer à fond la vessie, je me décide à l'ouverture sus-pubienne, espérant avoir plus facilement raison dans la suite de la petite fistule vaginale existante que d'une grande que laisserait une intervention par le vagin.

12 *mai* 1894. — *Cystostomie sus-pubienne* sous le chloroforme. Ballon de Petersen. Injection dans la vessie d'une solution d'acide borique en partie gardée après suture momentanée de l'urètre et malgré la petite fistule vaginale qu'obture le calcul. Arrivé dans le tissu sous-péritonéal, je décolle avec le doigt en rasant le pubis; mais, à mon grand étonnement, je trouve à cet endroit de fortes brides fibreuses d'aspect tout à fait cicatriciel. En cherchant à les écarter par en haut, le doigt crève la vessie sans avoir fait de violence. Il y a sûrement là une friabilité spéciale de l'organe qui ne va pas sans nous intriguer, car nous ne pensons pas encore au diagnostic vrai.

Néanmoins, le cul-de-sac péritonéal, qui descendait jusqu'au pubis, est relevé, et je puis agrandir aux ciseaux l'ouverture vésicale. Le doigt trouve alors un calcul irrégulier, très friable, qui s'écrase sous la tenette. La totalité n'en est ramenée qu'après plusieurs tentatives. Entre temps, on sent dans la vessie, implantés dans la paroi inférieure, des fragments durs, irréguliers, dont un perfore la paroi vers le vagin et a déterminé la fistule : ce sont sûrement des corps étrangers, cause première du calcul; ils sont aplatis, un d'entre eux est large comme le doigt et long de deux centimètres.

Il s'agit bien des débris d'origine fœtale, constitués par les os du crâne d'un lithopédion. Nettoyage complet de la vessie, lavage au sublimé, puis à l'acide borique. La déchirure irrégulière de la plaie vésicale dont les bords se confondent avec les tissus voisins m'empêche d'essayer la réunion immédiate. Ils sont rapprochés tant bien que mal avec du catgut en gardant la place pour deux gros drains conjugués qui plongent dans la vessie. Suture en surjet de l'aponévrose et des muscles. Suture au crin des téguments. Les drains forment siphon jusqu'à un récipient intercrural. Pansement à l'iodoforme. Suites assez simples. Les douleurs ne disparaissent pas du jour au lendemain, mais elles s'atténuent vite et peu à peu le sommeil revient. Une partie de l'urine continue à couler par le vagin. Pas de fièvre. L'odeur ammoniacale disparaît rapidement, mais les injections vésicales ressortent autant par le vagin que par les drains sus-pubiens. Ceux-ci sont enlevés le sixième jour; trois jours après, la malade retient au moins 200 grammes

d'urine, surtout quand elle est assise, car elle se lève déjà. Elle rentre chez elle le dix-huitième jour avec la plaie opératoire cicatrisée, n'ayant plus que quelques rares douleurs, gardant de mieux en mieux ses urines, mais les perdant toujours un peu dans la position horizontale. Elle doit revenir pour que nous fermions la fistule vaginale dans trois ou quatre mois. Jamais depuis nous n'avons pu arriver à la persuader de cette nécessité. Elle perd toujours un peu par le vagin, mais ne souffre plus et ne veut plus entendre parler de quoi que ce soit : les dernières nouvelles datent de quinze jours.

L'analyse du calcul, due à M. Gascard, a permis d'affirmer la nature osseuse des fragments plats enlevés de la vessie, libres ou encroûtés de phosphate ammoniaco-magnésien.

Obs. II. — M[me] L..., soixante-quatre ans, envoyée par le D[r] Montel, d'Elbeuf. Toujours bien portante jusqu'à son mariage, sans antécédents héréditaires notables : mère encore existante (quatre-vingt-quatre ans), père mort de paralysie à soixante-seize ans. Réglée jeune. Mariée à vingt-cinq ans, reste six ans sans aucun trouble de la menstruation. A ce moment, première grossesse, qui se termine par une fausse couche bien constatée et estimée à cinq ou six semaines d'après l'embryon. Il s'ensuit une pelvi-péritonite grave qui met la vie de la malade en danger et la tient au lit presque deux ans. Huit mois après la fausse couche, les règles reparaissent et reviennent régulièrement.

Six ans plus tard, seconde fausse couche, à peu près de six semaines aussi, amenant un réveil des premiers accidents et un nouveau séjour au lit de cinq à six mois. De nouveau, tout s'apaise peu à peu. Les règles deviennent régulières pendant trois ans. Alors, troisième suppression des règles; douleurs violentes que l'on qualifie de péritonite et qui la remettent au lit pour quatre mois. Cette troisième fois, on ne constate pas de fausse couche, mais le ventre reste gros et on y sent des masses dures que le médecin de la famille appelle des fibromes. Les règles reparaissent au bout de quelques mois et la malade reprend ses habitudes en conservant un gros ventre.

Ménopause vers quarante-sept ans, sans accidents notables. Nous arrivons maintenant aux événements actuels, environ dix-neuf ans après le troisième arrêt des règles. Ces accidents ont débuté par des douleurs vives dans le ventre, puis les urines sont devenues mauvaises, chargées, purulentes, fétides. Les lavages vésicaux, pratiqués fréquemment par le D[r] Montel, sont restés sans résultat. Tout cela dure depuis plus de six mois. Les douleurs ont été toujours en augmentant et enfin on a senti dans la vessie un calcul.

La sonde donne une sensation typique des plus nettes, le toucher vaginal est pénible, la station debout impossible, les mictions très fréquentes et douloureuses. L'état général est resté à peu près bon. C'est alors que je suis appelé à intervenir.

2 *mars* 1899. — Sous le chloroforme, l'urètre est dilaté afin de permettre l'introduction de l'index. On arrive facilement sur un gros calcul friable, et je puis annoncer la présence d'un corps étranger au centre du calcul. Ma première idée est celle d'une épingle à cheveux,

car le calcul est fusiforme, peu mobile, comme encastré dans les parois vésicales. Après écrasement de la partie antérieure de la concrétion dans les mors d'une pince hémostatique, ce diagnostic paraît se confirmer, car le doigt rencontre deux petites pointes qui paraissent bien celles d'une épingle à cheveux. Cependant l'extraction n'en est pas aisée : les pinces dérapent à chaque reprise et il me faut employer une petite tenette droite. Grâce à elle, je puis extraire ce corps étranger par l'urètre très dilaté.

A ma vive surprise, il ne s'agit pas d'une épingle à cheveux, mais bien du squelette d'un membre supérieur d'un fœtus d'environ quatre à cinq mois. Les deux pointes qui nous avaient fait penser avec vraisemblance à une épingle à cheveux, étaient les deux extrémités radiales et cubitales effilées. Le coude est intact avec ses ligaments. Il s'agit bien d'un calcul vésical, développé autour d'une pièce de grossesse extra-utérine ouverte spontanément dans la vessie. En effet, le doigt réintroduit dans la vessie ainsi déblayée, s'y meut plus aisément et trouve une ouverture vaguement circulaire situé vers le sommet, ouverture du diamètre d'une pièce de 2 francs environ et par laquelle se presse tout un ossuaire où l'on devine, entre autres, les larges os plats du crâne fœtal. Il ne faut pas espérer extraire pareilles masses par l'urètre. Aussi une opération plus radicale est-elle remise à plus tard et la vessie rigoureusement lavée.

Les suites de cette première intervention furent simples : peu de réaction, pas de fièvre, incontinence d'urine de quelques jours, avec tendance à disparaître. Les douleurs, très vives avant l'intervention, ont presque disparu avec le calcul, mais elles reparaissent huit à quinze jours ensuite et vont de nouveau en augmentant.

Deuxième opération le 31 *mars*, un mois à peine après la première, chloroforme, ballon rectal, taille sus-pubienne. Le cul-de-sac péritonéal est faiblement relevé. La face antéro-supérieure de la vessie est reconnue grâce à une sonde vésicale. Au-dessus, on sent une tuméfaction qui n'en est pas nettement distincte et qui est le sac fœtal. J'ouvre d'abord la vessie, puis, l'incision étant prolongée avec des ciseaux vers le cul-de-sac péritonéal, j'ouvre le kyste fœtal. L'ouverture a bien 6 ou 7 centimètres. Elle met à nu une masse composée du mélange des os de tout un petit squelette, avec des parties molles à moitié putréfiées, mais dans lesquelles on peut cependant distinguer encore de vagues organes : poumons, foie, cœur, etc. L'extirpation en est un peu laborieuse, à cause de l'étroitesse relative de l'incision, que je n'ose agrandir de peur de léser le péritoine. Cette masse, en effet, est aussi nauséabonde que possible. Elle vient comme une seule loque. A peine suis-je obligé d'aller recueillir de ci, de là, dans la poche, quelques débris osseux adhérents aux parois. Quand tout est bien lavé, il reste difficile de délimiter la poche fœtale de la vessie. Tout est tomenteux ou ulcéré. Aussi je n'ose pas tenter la réunion immédiate de l'incision vésicale. Les trois quarts antérieurs seulement sont fermés au catgut, là où la paroi paraît bien appartenir à la vessie. Par le reste de la plaie, plongent deux drains conjugés sus-pubiens, destinés à faire siphon.

Les deux jours suivants, bien que l'état de la malade soit à peu près bon et sans fièvre, nous lui faisons, afin de relever le pouls assez déprimé, une injection de 500 grammes de sérum artificiel chaque jour. Les drains fonctionnent dès la première heure et l'urine s'écoule autant par eux que par l'urètre, qui n'a toujours pas repris son entière tonicité. Ils sont enlevés le sixième jour.

La plaie opératoire se ferme vers le vingtième jour et la malade commence à se lever. Quand elle part de la maison de santé, le trente-cinquième jour, elle perd encore en partie ses urines pendant la station debout. Elle ne peut guère les garder plus d'une heure, et elle se munit par prudence d'un urinal.

Depuis, la guérison s'est affermie ; le sommeil et l'appétit sont redevenus normaux, les douleurs ont disparu, mais il reste toujours une grande difficulté à garder les urines longtemps dans la station debout. C'est le fait de la première intervention.

Si le diagnostic avait été possible dès le premier jour, cette petite infirmité n'existerait pas, car nous n'aurions pas pris la voie urétrale pour tenter d'enlever une pareille masse, et aujourd'hui tout serait rentré dans l'ordre. Il en résulte que la voie urétrale, conseillée par quelques auteurs pour enlever de la vessie les débris d'une grossesse extra-utérine, est loin de valoir la voie sus-pubienne.

Kyste laiteux du sein gauche chez un garçon de treize ans,

Par M. E. KIRMISSON.

Messieurs, le fait suivant m'a paru intéressant à vous signaler, vu son extrême rareté. Au commencement d'avril dernier, j'étais consulté pour un jeune garçon de treize ans, grand et fort, bien développé pour son âge, qui, deux mois auparavant, en jouant au foot-ball, avait reçu un coup dans la région du sein gauche. Depuis lors, il s'était montré en ce point une tumeur qui n'avait pas tendance à disparaître.

En examinant ce jeune homme, je constatai chez lui, un peu au-dessus et en dehors du mamelon, une tumeur régulièrement arrondie, du volume d'une petite mandarine, parfaitement mobile sur la peau et sur les parties profondes. La tumeur était tout à fait indolore ; on sentait manifestement au-devant et en dedans d'elle quelques lobules glandulaires augmentés de volume. La participation de la glande se manifestait encore par un autre signe : la rétraction du mamelon, semblable à celle qu'on trouve dans quelques tumeurs du sein.

Le médecin de la famille, le Dr Valette, avait émis l'opinion qu'il s'agissait probablement d'un kyste séreux ou séro-sanguin.

Étant donné le traumatisme antérieur, je partageai cette manière de voir, bien qu'à la vérité on n'eût jamais noté la présence d'ecchymoses.

Il fut convenu qu'on ferait pendant quelque temps de la compression, et que si la tumeur ne disparaissait pas, on aurait recours à la ponction.

Celle-ci fut faite le lundi 29 mai, et quel ne fut pas mon étonnement de voir sortir par la canule du trocart un liquide présentant toutes les apparences extérieures du lait normal. L'examen histologique pratiqué par mon chef de laboratoire, le Dr Küss, a montré les globules normaux du lait. L'analyse chimique faite par mon interne en pharmacie, M. Gerteau, a donné les résultats suivants.

La quantité de lait était de 25 grammes; ce lait renferme par litre :

Beurre.	40 grammes
Lactose	20 gr. 19
Matières albuminoïdes	21 grammes

L'analyse chimique, aussi bien que l'examen histologique, s'accordent donc à démontrer qu'il s'agit ici de lait véritable.

Je n'ai point eu le temps de me livrer à des recherches bibliographiques ; cependant, ni le *Traité des maladies du sein*, de Velpeau, ni l'article du *Dictionnaire encyclopédique*, ni le récent *Traité de chirurgie*, ne signalent de kystes laiteux du sein chez l'homme. Il m'a donc paru intéressant de vous rapporter ce fait clinique, à titre de rareté.

Rapport.

1° *Hydronéphrose volumineuse du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison*, par M. ALBERT MARTIN (de Rouen).
2° *Epithélioma kystique d'un rein ectopié, simulant une hydronéphrose. Néphrectomie lombaire*, par M. DELAGENIÈRE (de Tours).

Rapport de M. PICQUÉ.

Messieurs, MM. Martin (de Rouen) et Delagenière (de Tours) vous ont adressé à l'appui de leur candidature deux observations de tumeurs kystiques du rein intéressantes à des points de vue divers et sur lesquelles vous m'avez prié de vous présenter un rapport. Je vous en présenterai successivement le résumé et les réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Première observation. —Femme de trente-huit ans ne présentant aucun antécédent digne d'être noté. Il y a trois ou quatre ans, elle a constaté pour la première fois, l'existence dans le flanc droit

d'une tumeur dont elle compare la saillie au volume d'un œuf, et qui est tout à fait indolente. Depuis six mois, elle semble augmenter peu à peu et progressivement, sans alternative d'augmentation ou de diminution.

Elle est obligée au lit de garder le décubitus dorsal; dès qu'elle se couche sur le côté gauche, elle accuse une sensation désagréable de pesanteur, de tiraillement abdominal et de déplacement.

Dans la station debout prolongée, elle n'éprouve aucune gêne. A la palpation, on reconnaît l'existence d'une tumeur présentant le volume d'une tête d'adulte siégeant à droite de la ligne médiane, mais empiétant à gauche d'environ 3 ou 4 centimètres.

Séparée du foie à la partie supérieure par une zone de sonorité, elle descend en bas dans la fosse iliaque, mais nettement indépendante de l'utérus; mobile transversalement. Fixée dans le sens vertical. Fluctuation et matité à la percussion. Pas de troubles urinaires. Etat général excellent. La malade ne vient consulter qu'en raison de l'augmentation progressive du volume de la tumeur.

En raison des signes précédents, M. Martin admet le diagnostic d'un kyste de l'ovaire à pédicule long et propose l'intervention à la malade qui l'accepte.

L'incision médiane, pratiquée le 21 avril 1898, démontre qu'il s'agit en réalité d'une hydronéphrose : la tumeur est nettement sous péritonéale, le côlon ascendant se trouve en rapport avec la paroi antérieure. Les annexes de l'utérus sont normales.

M. Martin constate que de la face antérieure de la tumeur au niveau de sa partie moyenne et à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de son diamètre transverse, naît un cordon blanchâtre, arrondi, du volume d'un petit crayon de poche. De son point d'origine, ce cordon, qui n'est autre que l'uretère, monte obliquement en haut et à gauche, très fortement tendu, en écharpe sur la tumeur à laquelle il est accolé, mais non adhérent.

Après cette première direction, il redescend en arrière de la tumeur et le long de son bord gauche vers l'excavation pelvienne et le bas-fond de la vessie. Notre confrère procède alors à la néphrectomie transpéritonéale.

Le péritoine est incisé. La décortication de la tumeur est assez pénible; en un point la paroi se rompt; une ponction est alors pratiquée, puis, par l'orifice agrandi, M. Martin introduit la main et achève ainsi l'opération.

Le rein aminci se trouve sur le flanc droit de la poche. Ligature isolée des vaisseaux du hile. Pas de marsupialisation ni de suture. Deux gros drains et une mèche de gaze aseptique y sont placés. L'opération a duré une heure et demie. Suites opératoires très

simples. La mèche est retirée au bout de deux jours, les drains au bout de trois jours. La réunion se fait par première intention et la malade se lève au vingt-deuxième jour.

Dès le deuxième jour la quantité d'urine émise était de 750 centimètres cubes. Depuis lors, elle a oscillé entre 1.500 et 1.900 centimètres cubes.

A l'examen de la tumeur, on constate qu'elle est constituée par une distension du bassinet qui renfermait près de trois litres de liquide. Comme je l'ait dit plus haut, le rein occupe le bord droit de la tumeur et mesure 21 centimètres.

Le diamètre transversal de la tumeur est de 22 centimètres. A gauche en allant vers le bord interne de la tumeur, on voit l'origine et la première portion de l'uretère dont le calibre est normal.

A son origine il n'existe ni rétrécissement ni valvule, mais on constate que ce conduit accolé à la tumeur sans y adhérer fait avec elle un angle ou un coude très aigu, puisqu'il se dirige tout d'abord en haut et en dedans.

La cavité de la poche hydronéphrotique ne contient pas de calcul et ne présente aucune altération appréciable à l'œil nu.

Le fond de la poche est en continuité avec la substance rénale, saine en apparence et cloisonnée. La paroi elle-même est formée par le bassinet.

Messieurs, l'observation de M. Martin mérite de retenir pendant quelques instants l'attention de nos collègues.

Au point de vue du diagnostic, elle nous montre une fois de plus combien il est difficile dans certains cas, surtout quand la tumeur affleure le bassin et qu'il n'existe aucun syndrome urinaire, de distinguer les hydronéphroses, d'avec les kystes ovariques à pédicule long. Les erreurs commises sont fréquentes.

Moi-même, dans un cas publié en 1893 dans les *Annales des maladies génito-urinaires*, il m'est arrivé de commettre la même erreur, et de prendre une hydronéphrose urinaire pour un kyste ovarique, chez une jeune fille qui n'avait jamais présenté aucun symptôme du côté des voies urinaires.

Mais d'autres erreurs peuvent être commises, qui tiennent à l'extrême mobilité de la tumeur dans le sens latéral.

Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Dubois, en 1898, la tumeur pouvait être si aisément refoulée du côté opposé que je crus devoir faire des réserves au sujet d'une tumeur de l'épiploon.

L'intervention démontra qu'il s'agissait bien d'une hydronéphrose, conformément à l'avis du médecin distingué qui me l'avait adressée.

Dans un autre cas que j'opérai à la Pitié, la tumeur était tellement fusionnée avec le foie, et d'autre part, si peu en rapport avec la fosse lombaire, que la malade fut considérée par un de mes collègues et par moi-même comme atteinte d'un kyste du foie. L'intervention seule permit d'établir l'existence d'une énorme tumeur kystique du rein. L'examen pratiqué par M. Besançon, chef de laboratoire, établit l'existence d'un épithélioma kystique du rein.

Au point de vue pathogénique, le cas de M. Martin nous fournit un exemple d'hydronéphrose par coudure uretérale, variété de beaucoup la plus commune et bien connue aujourd'hui, grâce aux travaux de Landau, de Terrier, de Baudoin et de nos collègues Tuffier et Legueu.

La fixité de l'uretère, à défaut d'adhérence véritable au niveau du coude formé par lui sur la partie antérieure de la tumeur, nous explique pourquoi la coudure est devenue oblitérante, conformément à la théorie de Tuffier et Legueu et la liberté du conduit nous permet de la ranger dans les hydronéphroses ouvertes, qui seules, ainsi que l'ont bien démontré les auteurs qui se sont occupés de la question, peuvent acquérir le volume énorme qu'elles ont habituellement.

Il est permis toutefois de regretter que M. Martin n'ait pas attaché à la direction du rein, toute l'importance que lui ont attribuée certains auteurs et en particulier Novarro dans sa thèse intéressante. Il signale seulement sa rotation autour de son axe, rotation qui, comme dans un de mes cas (cas de 1893), avait amené l'uretère en avant, mais il eût été intéressant de savoir en outre, quel était le siège exact de ses deux extrémités.

M. Martin a utilisé enfin chez sa malade la voie transpéritonéale. Je crois cette voie, malgré l'avis récemment exprimé par notre collègue Bazy, inférieure à la voie paralombaire qui permet d'aborder les tumeurs les plus volumineuses, comme j'ai pu m'en assurer dans diverses circonstances et en particulier chez le malade dont j'ai parlé plus haut, et que j'avais considéré comme atteint d'un kyste du foie. Il m'a suffi, dans ce cas, de prolonger mon incision transversale vers la région lombaire après avoir fermé l'ouverture péritonéale, pour arriver en quelques instants sur le pédicule et terminer la néphrectomie. Par la voie transpéritonéale, la décortication me paraît plus longue (le cas de M. Martin nous le montre), et la ligature du hile plus difficile, à moins que le rein n'ait subi un mouvement de rotation qui l'amène en avant. D'autre part, il peut ne pas être sans inconvénient de créer ainsi une vaste cavité sur laquelle on n'a plus désormais d'accès, à moins d'établir un drainage placé en moins bonne situation que par la voie paralombaire.

Dans mon premier cas, j'avais abandonné cette cavité à elle-même. La réunion s'était faite sans aucun incident. Dans le cas récent que j'ai opéré à l'hôpital Dubois, j'avais procédé de la même façon, mais il se produisit dans la poche un hématome modéré, qui donna lieu à une tuméfaction assez prononcée et à quelques phénomènes fébriles. Je n'eus d'autre ressource, pour me mettre à l'abri d'accidents, que d'ouvrir la cavité par la voie lombaire et de constater qu'il n'existait d'ailleurs aucun foyer septique. La malade guérit, mais lentement, et je reste persuadé que nous aurions évité cet incident par la voie paralombaire primitive, que j'aurais adoptée si j'avais fait au début le diagnostic du siège rénal.

Quant au mode d'intervention lui-même, il convient de rappeler qu'à la néphrectomie, opération radicale, a été opposée depuis quelques années une série d'opérations conservatrices, qui se justifient dans les cas où la substance rénale est restée intacte. Il ne saurait entrer dans notre esprit de discuter à propos du cas de M. Martin la valeur absolue et relative de ces opérations conservatrices. Qu'il nous suffise de rappeler que quelques-unes d'entre elles ont été utilisées avec succès par plusieurs de nos collègues. M. Martin, en pratiquant d'emblée la néphrectomie, ne nous dit pas les raisons qui lui ont fait choisir cette détermination. Peut-être a-t-il jugé que le volume considérable de la tumeur était une preuve de l'altération du parenchyme. En tout cas, le fait n'est pas constant, et il est regrettable qu'un examen histologique n'ait pas tranché ce point intéressant.

Deuxième observation. — Notre confrère, M. Delagenière (de Tours) est appelé le 18 décembre 1895 près d'une malade atteinte depuis trois jours, et à la suite de grande fatigue, de violentes douleurs dans le ventre, accompagnées de vomissements.

Depuis deux ans, ces douleurs se sont montrées à diverses reprises et dans des circonstances analogues.

Etat actuel. — La malade est dans le décubitus dorsal, la jambe droite légèrement fléchie, et ne peut faire aucun mouvement.

Le ventre est légèrement ballonné et la fosse iliaque droite très douloureuse à la pression : à la palpation, on constate en dehors et au-dessous de l'ombilic une tumeur arrondie, douloureuse au toucher, empiétant par son extrémité inférieure dans la fosse iliaque droite en dedans du cæcum.

L'extrémité supérieure semble se diriger vers la région lombaire. La tumeur, d'ailleurs, peut être repoussée légèrement en haut vers cette région : à la palpation bimanuelle, on obtient facilement le ballottement rénal.

Notre confrère porte le diagnostic de rein flottant avec crise d'hydronéphrose intermittente. Il conseille une néphrorraphie à la malade qui l'accepte.

L'opération est pratiquée le 20 décembre 1895 avec l'aide du Dr Charlot.

Une incision lombaire amène dans la loge rénale : mais ce n'est qu'avec de grandes difficultés et une forte pression d'avant en arrière et de bas en haut qu'on arrive à faire saillir le rein dans la plaie.

Les adhérences qui le retiennent dans son siège anormal sont peu à peu libérées, mais il est impossible d'atteindre son pédicule et M. Delagenière, pour y arriver, est obligé de prolonger son incision jusque près du niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ligature en masse du pédicule, section et cautérisation. L'opération a duré une heure et demie. Suites très simples : la malade sort guérie le dix-huitième jour.

Le premier jour, la quantité de l'urine est de 600 grammes. Jusqu'à la sortie de la malade, elle oscille entre 800 et 1.100 grammes.

La tumeur est ovoïde; son pédicule est situé à la partie antérieure : en le disséquant, on trouve un uretère rudimentaire et oblitéré : les vaisseaux se dirigent en bas et en dedans.

La tumeur est incisée le long de son bord externe. Il s'en échappe 700 grammes d'un liquide clair, mais visqueux et filant, dont l'analyse chimique n'a pas été faite. Il existe une grande poche centrale. Les calices sont peu distendus.

L'examen histologique a été fait par le regretté M. Pilliet, chef du laboratoire de la Charité : « Les coupes faites en différentes parties du rein ont montré partout la même structure ; des cloisons conjonctives extrêmement épaisses et résistantes circonscrivent des cavités plus ou moins grandes que tapisse un épithélium composé de cellules prismatiques claires. On ne voit ni cellules situées à l'intérieur, ni glomérules ni tubes contournés. L'aspect est donc celui d'un *épithélioma kystique du rein avec grande poche prédominante.*

Réflexions. — Dans le cas de M. Delagenière, il s'agit comme on le voit d'un rein en ectopie et présentant une lésion que M. Pilliet, dans une note un peu trop laconique malheureusement, caractérise d'épithélioma kystique du rein. C'est pourquoi j'ai cru devoir modifier le titre de l'observation qui nous est adressée par notre confrère de Tours, titre qui cadrait d'ailleurs très bien avec la clinique.

Cette divergence, entre l'histoire clinique, d'une part, et la lésion anatomo-pathologique, montre bien la confusion possible entre l'ectopie rénale avec hydronéphrose intermittente et certaines

formes d'épithélioma rénal, et c'est à ce point de vue que l'observation de notre confrère présente un réel intérêt.

Nous ne pouvons d'ailleurs que le féliciter de l'intervention habilement conduite qui a donné à sa malade une guérison complète.

Rupture extra-péritonéale de la vessie par chute de cheval. Infiltration urineuse consécutive. Guérison.

par M. Delamare, médecin-major de 1re classe à Rouen.

Rapport de M. PICQUÉ.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui vous a éte adressée par notre confrère de l'armée, M. Delamare.

En voici tout d'abord le résumé :

Le 17 novembre 1897, M. J..., sous-lieutenant au 17e d'artillerie, tombe de cheval au polygone : son pied reste pris dans l'étrier, il est traîné pendant 25 mètres environ et reçoit plusieurs ruades pendant le trajet.

Dès son arrivée, notre confrère constate que le blessé souffre beaucoup et ne peut se relever. Il existe, outre quelques traces de contusion, un épanchement sanguin considérable du scrotum. Les jours suivants, M. J... éprouve de vives douleurs dans la région hypogastrique et n'émet que quelques gouttes d'urine mélangées de sang, mais il n'existe pas d'urétrorragie en dehors des mictions.

Une sonde en gomme passe sans difficulté dans la vessie, mais n'est pas laissée à demeure. Le cathétérisme est répété matin et soir.

Le 25 novembre, l'épanchement scrotal est résorbé, mais il existe un gonflement notable de la région inguino-crurale qui envahit bientôt le périnée. La température s'élève à 39 degrés. Le diagnostic d'infiltration urinaire devenant évident, une longue incision est faite au périnée, qui donne issue à de l'urine, à des gaz et à des portions de tissu cellulaire sphacélé. Une deuxième incision est pratiquée dans le pli génito-crural. M. Delamare fait immédiatement après, dans la vessie, une injection de permanganate de potasse à 1/4000, qui revient par les incisions périnéales.

La température ne tarde pas à retomber à la normale. Les injections sont continuées chaque jour : le 15 décembre, elles ne passent plus par la plaie du périnée, qui se trouve complètement cicatrisée le 20 décembre. Le 20 janvier, la guérison de M. J... est complète.

Dans le cas de M. Delamare, la rupture vésicale n'est pas douteuse : le malade ne présenta pas d'urétrorragie immédiate, le cathétérisme fut pratiqué avec grande facilité ; de plus, l'hématome scrotal disparut rapidement : d'ailleurs, le passage facile

de l'injection vésicale à travers les plaies périnéales ne laisse aucun doute à cet égard, et l'explosion tardive des accidents, fait commun dans les ruptures incomplètes, vient encore corroborer ce diagnostic.

Le mécanisme de cette rupture peut s'expliquer ici facilement : le malade n'avait pas uriné depuis plus de trois heures : la vessie était donc distendue et la rupture s'est faite comme à l'ordinaire par pression de cette vessie entre le corps vulnérant, peut-être le sabot du cheval dans une ruade, et ceux des parois de l'excavation pelvienne.

Quant au siège de la rupture, il est probable, si on se base sur les statistiques, et en particulier sur celle de Rivington et aussi sur le siège de l'infiltration que c'est au niveau de la région postéro-inférieure.

Quant au traitement, il eût été préférable, conformément à la pratique ordinaire, de placer une sonde à demeure et d'assurer son fonctionnement. Parfois, ce seul moyen peut suffire. Quant à l'incision que notre confrère a faite et qui a amené la cessation des accidents, elle ne doit être considérée à mon sens que comme une voie de nécessité ; il est bon de se rappeler que dès que les accidents infectieux surviennent, il faut de suite recourir à l'incision suspubienne de la vessie qui, seule, peut en amener le drainage d'une façon efficace.

Présentations de malades.

Kyste hydatique du foie. — Quatrième récidive. — Cholécystectomie.

M. Routier. Messieurs, je vous présente ce malade comme un cas intéressant de récidive de kystes hydatiques du foie, dont la dernière localisation m'a conduit à pratiquer la cholécystectomie.

Cet homme, âgé de cinquante-trois ans, a eu une jaunisse à l'âge de dix-neuf ans, puis, toujours bien portant, il a eu en 1894 une nouvelle atteinte du côté du foie qui fut caractérisée du nom de colique hépatique.

En 1895, il fut opéré par notre collègue et ami Hartmann, à l'hôpital Bichat, d'un kyste hydatique double, nous dit-il; l'un siégeait sur la face supérieure, l'autre sur la face inférieure du foie. Ces poches, nous dit-il, étaient pleines de petites hydatides.

En 1897, il est de nouveau opéré par Hartmann pour des kystes hydatiques de la paroi abominale formant de petites tumeurs au niveau de la cicatrice.

En 1898, troisième opération.

C'est pour des tumeurs analogues qu'il nous est adressé à Necker par notre ami Hartmann, le malade, pour des raisons de famille, lui ayant demandé cet hôpital.

Quand il s'offre à notre examen, sa cicatrice est comme soulevée en plusieurs endroits par de petites tumeurs sphériques grosses comme des noisettes, en chapelet; la fluctuation est manifeste.

Le 4 mai 1899, je pratique une incision au niveau de son ancienne cicatrice pour tâcher d'énucléer tous ses nouveaux kystes, mais la vésicule biliaire était fusionnée avec sa cicatrice, et je l'ouvre.

J'enlève plusieurs vésicules hydatiques du tissu cellulaire qui relie la vésicule à la paroi abdominale : un de ces kystes s'enfonce dans le foie; je l'ouvre et j'en retire la vésicule fille.

Quand toute la région accessible aux yeux et aux doigts me paraît nettoyée, j'explore avec le doigt la cavité de la vésicule biliaire que j'avais ouverte, et je sens qu'il existe sur sa face correspondant au foie une tumeur comme un œuf de poule, tumeur fluctuante qui doit être un autre kyste hydatique.

Pour enlever ce dernier kyste, je suis amené à séparer la vésicule du foie, et même à la réséquer, car le kyste est fusionné avec elle; je fus même entraîné à la réséquer très loin, au delà du col.

Les suites furent simples, bien que le lendemain de son opération, sous l'influence d'un fort accès de toux, le malade eût expulsé une bonne partie de son intestin hors de la cavité péritonéale, sous notre pansement qui était déjà taché de bile.

Mon interne, M. Ferron, réduisit cette hernie, refit un point de suture; pendant cinq semaines, le malade perdit la bile par sa plaie, mais peu à peu, la fistule se ferma, et il est aujourd'hui parfaitement guéri; il vient de passer un mois à Vincennes.

Plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver de 8 *millimètres. Laparotomie. Guérison*, par M. Demoulin.

Renvoyée à une Commission : M. Rochard, rapporteur.

Fistule ombilicale de l'ouraque.
Excision et suture totale. Guérison.

M. Monod présente un jeune garçon de dix ans, qu'il a opéré le 5 juin dernier d'une fistule congénitale de l'ouraque.

Le mode d'intervention conseillé en pareil cas consiste dans le dégagement du canal ouraquien et sa fixation, après exacte ferme-

ture, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, soigneusement fermée elle-même.

M. Monod a été conduit par les circonstances à faire un peu autrement. En effet, dans son cas, le canal ouraquien était tellement court, qu'il aurait fallu, pour le fixer dans l'épaisseur de la paroi, y fixer le sommet de la vessie lui-même.

Il a cru pouvoir réséquer la petite portion de l'ouraque qui se détachait de la vessie en même temps qu'un fragment de celle-ci.

La perte de substance ainsi produite a été fermée par un triple plan de suture au catgut, et le tout abandonné dans le ventre, sans drainage.

La fermeture de la paroi a été faite par deux plans, au catgut, comprenant, l'un le péritoine, l'autre les muscles droits, largement mis à découvert par l'incision de leur gaine. Un dernier plan cutané, au crin, complétait la suture abdominale.

M. Delagenière (1), dans le récit d'une opération semblable, insistait sur l'importance de soigner tout particulièrement la suture de la paroi abdominale pour éviter les éventrations consécutives.

M. Monod croit que le procédé qu'il a employé met à l'abri de cette dernière éventualité, tant parce que la paroi a été totalement fermée sans drainage, que parce que les muscles droits, mis à nu et réunis en une sangle unique sur la ligne médiane, assurent la solidité de la paroi.

Luxation (énucléation) de l'os semi-lunaire ; examen radiographique ; extirpation de l'os déplacé.

M. Paul Berger. — Dans la séance du 8 décembre 1897, je vous présentais un malade qui avait été atteint de luxation en avant de l'os semi-lunaire et sur lequel le diagnostic de la lésion en question n'avait été fait qu'au cours de l'opération entreprise pour faire cesser les troubles que la saillie osseuse, constituée par cet os déplacé, occasionnait dans la sphère d'innervation du nerf cubital.

Je vous amène aujourd'hui un malade sur lequel, pour une lésion traumatique absolument identique, j'ai pratiqué le 3 juin dernier la même opération. Mais chez ce sujet, les signes de la luxation étaient tellement les mêmes que ceux que j'avais observés sur mon premier malade, les deux cas étaient tellement superposables que je n'hésitai pas un instant à faire le diagnostic de luxation par énucléation du semi-lunaire, diagnostic qui fut con-

(1) Delagenière (H.) *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1892.

firmé par l'examen radiographique; chose étrange, ce fut au cours de l'opération seulement que j'eus quelques doutes sur la nature de l'os dont je pratiquais l'extirpation, mais ces doutes furent rapidement levés par l'examen du corps du délit.

Observation. — Le 27 mai 1899, entrait dans mon service un homme d'une cinquantaine d'années, qui le 24 mars, dans une chute sur le poignet, s'était fracturé, disait-il, l'extrémité inférieure du radius et du cubitus gauches. Cette fracture fut réduite dans le service de M. Campenon et un appareil plâtré fut appliqué et maintenu en place vingt et un jours. Pendant tout ce temps le malade ne cessa de souffrir

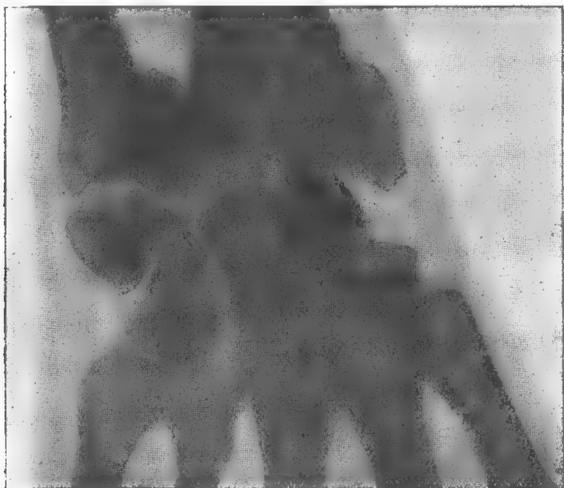


Fig. 1. — Avant l'opération.

dans la zone d'innervation du nerf cubital, particulièrement dans les deux derniers doigts, et ces douleurs continuèrent même après que l'appareil eut été enlevé. A ce moment, et depuis lors, on put constater qu'une saillie notable, dure et paraissant constituée par un fragment osseux persistait à la région antérieure du poignet et que les mouvements de la main et des doigts étaient des plus limités. Cette gêne fonctionnelle ne fit que s'accroître et détermina le malade à entrer à la Pitié un mois après.

On est frappé dès l'abord par l'œdème persistant du poignet et de la main. Vus par la face dorsale, ces segments du membre supérieur ne semblent néanmoins pas déformés; l'axe de la main n'est pas déjeté vers le bord radial, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont dans leurs rapports normaux, il n'y a pas de déformation du poignet en dos de fourchette, le poignet lui-même ne semble pas arrondi. S'il y a eu une fracture du radius, elle a été très bien réduite et la consolidation s'est faite en bonne forme.

Mais en examinant le poignet par sa face antérieure, on voit aussitôt une tuméfaction du volume d'une noisette qui occupe la partie interne de cette région, en avant de l'extrémité inférieure du cubitus, un peu au-dessus du niveau de l'interligne articulaire. Cette tuméfaction est constituée par un noyau dur, de consistance osseuse, soulevant les tendons fléchisseurs, sans adhérence aucune à la peau, et légèrement mais très manifestement *mobile* sur le squelette de l'avant-bras.

Cette saillie n'est pas constituée par l'extrémité inférieure du cubitus fracturé, car celle-ci n'occupe sa place et présente sa configuration normale; sa mobilité ne permet pas de la confondre avec un fragment



Fig. 2. — Après l'extirpation du semi-lunaire.

résultant de l'éclatement de l'extrémité inférieure du radius; celle-ci d'ailleurs ne présente pas de déformation appréciable. Elle est due certainement au déplacement en avant d'un des os du carpe. Je pense d'abord à une luxation du pisiforme; mais le tendon du cubital antérieur n'est nullement déplacé; le pyramidal aussi paraît être à sa place; la région externe du poignet semble intacte, et la localisation exacte de la déformation à la zone interne permet d'exclure un déplacement du scaphoïde. Me rappelant le cas que j'avais observé en 1897, j'arrivai donc à conclure à l'existence d'une luxation en avant du semi-lunaire, et cela d'autant plus que l'analogie des troubles fonctionnels m'engageait à me ranger à cette hypothèse.

En effet, la main était fléchie en griffe; l'extension complète, mais surtout la flexion des doigts étaient impossibles; la flexion du poignet ne pouvait non plus s'obtenir; les mouvements de supination étaient presque abolis. Il existait en outre un engourdissement douloureux des deux derniers doigts indiquant une compression du nerf cubital, soulevé et tiraillé par une saillie osseuse.

Le diagnostic fut confirmé par l'épreuve radiographique que je vous présente. Celle-ci fit reconnaître qu'il y avait eu en réalité une fracture de l'extrémité inférieure du radius et que celle-ci était, grâce au traitement institué à la Charité, consolidée en très bonne forme. Mais en outre, on trouvait, en avant de l'articulation radio-cubitale inférieure, une ombre opaque, en forme de croissant dirigeant en dehors sa concavité, ombre qui ne pouvait être due qu'à un os déplacé. D'autre part, l'examen des os de la première rangée du carpe nous fit reconnaître que le scaphoïde en dehors, qu'en dedans le pyramidal et le pisiforme étaient à leur place, mais que le semi-lunaire manquait au-dessus de la tête du grand os qui confinait directement à l'extrémité inférieure du radius.

Aucun doute n'était donc possible, et le 5 juin, le sujet étant endormi, je procédai à l'extirpation de l'os luxé.

Une incision verticale de 3 ou 4 centimètres pratiquée sur son côté externe, me permit d'arriver directement sur lui, d'écarter en dehors les tendons des fléchisseurs communs, de glisser au-dessous de lui une rugine et de l'énucléer en détachant les quelques adhérences qu'il présentait avec les fibres du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne, je vis alors les vaisseaux cubitaux qui étaient soulevés par l'os déplacé et qu'il me fut possible d'éviter, ainsi que le nerf cubital.

L'os extirpé était si volumineux que je doutai un instant que ce pût être le semi-lunaire, mais sa forme et l'examen de ses surfaces articulaires ne me permirent bientôt plus d'hésitation sur ce point.

La plaie fut réunie et guérit par première intention; les douleurs sur le trajet du nerf cubital disparurent de suite; mais les raideurs du poignet et des doigts furent plus longues à se dissiper, et il faut encore aujourd'hui soumettre le membre à des massages et à des mouvements communiqués pour favoriser le retour des fonctions compromises depuis plus de deux mois.

Cette observation reproduit dans presque tous ses détails celle que je vous ai communiquée le 8 décembre 1897 : même déformation typique, consistant dans une saillie, soulevant les tendons fléchisseurs en avant de l'articulation radio-cubitale inférieure, au-dessus du pli de flexion de l'articulation radio-carpienne; même attitude de la main en griffe dont les doigts ne peuvent être ramenés à l'extension; mêmes troubles fonctionnels, impossibilité de la flexion complète des doigts et troubles de compression dans la sphère d'innervation du nerf cubital. Ce dernier caractère, si marqué dans les deux faits que j'ai observés, n'a été relevé dans aucun autre des cas publiés, sauf dans celui de M. Folet (de Lille) (1). Dans ce dernier, il est indiqué que « des troubles trophiques étaient apparus du côté de la peau (Gloss Skinn) et du côté

(1) Etude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire, par M. Folet (*Presse médicale*, 18 janvier 1899, p. 28).

des muscles (atrophie des éminences thénar et hypothénar) » ; mais M. Folet, qui rapporte ce fait dans un article d'ailleurs assez incomplet, ne précise pas le siège des paralysies, des atrophies musculaires et des autres troubles trophiques ; il ne mentionne pas les troubles de la sensibilité, il ne parle pas de l'état des muscles interosseux, de telle sorte qu'il est difficile de dire, si s'était sur le nerf médian ou sur le cubital que portait la compression dans le cas en question.

Nous retrouvons les mêmes lacunes dans une observation de luxation du semi-lunaire récemment publiée par Lembke (1).

Les quelques différences que nous avons à signaler entre nos deux cas sont les suivantes : dans le second il y avait en même temps que la luxation du semi-lunaire une fracture de l'extrémité inférieure du radius très facile à reconnaître sur la radiographie : La mobilité de l'os luxé sur l'extrémité inférieure du radius, quoique très limitée, était très facile à constater quand on la recherchait avec soin ; les troubles paralytiques et surtout les troubles trophiques étaient moins accusés que dans notre première observation. Enfin le déplacement articulaire dans celle-ci, était compliqué d'une plaie extérieure qui, du reste, s'était fermée par première intention, et qui faisait défaut dans le second de nos deux cas.

Cette seconde observation n'est pas faite pour éclairer beaucoup le mécanisme des luxations du semi-lunaire ; la luxation s'était produite dans une chute du deuxième étage et la gravité de l'accident n'a pas permis au blessé de se rendre compte de la manière dont son membre supérieur a frappé le sol. Mais l'adhérence du semi-lunaire avec quelques faisceaux du ligament antérieur peut faire penser que l'*arrachement* de cet os par la tension excessive de ce ligament dans un mouvement d'extension forcée du poignet n'a pas été étranger à la production du déplacement articulaire. Pareil caractère avait été déjà relevé dans notre première observation.

Ce cas montre encore que l'extirpation de l'os luxé est la seule conduite à conseiller et à suivre dans les lésions de cette espèce. Il faut en la pratiquant éviter avec soin la lésion de l'artère et du nerf cubital soulevés et déviés par le déplacement osseux. Les suites de l'opération sont des plus simples et le retour des fonctions assez rapide.

(1) Lembke. Zwei Fälle von Luxation einzelner Handwurzelknochen. *Archiv f. Unfallkeilkunde*, vol. III, 1er fasc.

Présentation de pièces.

Deux cas de chirurgie du rein.

M. Tuffier. — La pièce que je vous présente est celle d'un rein enlevé par néphrectomie à l'hôpital Lariboisière à un de mes malades actuellement guéri. Il présente une tumeur curieuse du bassinet. J'ai décrit ici pour la première fois l'urohématonéphrose comme symptôme des tumeurs du bassinet. Ici il n'y avait aucune distension de l'organe et le seul accident était une hématurie revenant à intervalles variables depuis quatre ans et qu'on avait toujours considérée comme étant d'origine prostatique. L'examen cystoscopique joint à l'apparition d'une colique néphrétique me fit affirmer que le rein gauche était en cause et je fis l'incision lombaire puis l'exploration de la région du hile. Je trouvai d'abord des petits noyaux à la surface du rein qui me firent croire à une tuberculose. J'enlevai l'organe tout entier : c'était un épithélioma du bassinet (examen de M. Decloux, chef du laboratoire de Lariboisière). Le malade est actuellement guéri. Vous voyez que *l'épithélioma occupe la partie supérieure du bassinet* sous forme d'un noyau du volume d'une grosse noix et qu'il n'empiète pas sur l'embouchure de l'uretère; c'est là une variété assez rare.

La deuxième pièce est un vulgaire calcul du rein, du volume d'un petit œuf, que j'ai enlevé chez une femme de trente-deux ans. Il est formé d'un noyau d'acide urique et d'acide oxalique et d'une enveloppe de phosphates. Ce qui en fait tout l'intérêt, c'est que la malade qui le portait a été soignée pour une pyonéphrose simple et qu'on lui a lavé le bassinet pendant trois mois, après quoi on l'a considérée comme guérie. D'après les renseignements que cette femme nous a donnés, *elle portait ce calcul depuis l'âge de neuf ans* sans avoir eu de colique néphrétique franche ni d'hématurie. C'est un fait rare mais qu'il faut bien connaître, les calculs du jeune âge ou congénitaux se développent souvent à la périphérie du rein et comme tels, j'ai insisté sur ce fait, ils ne provoquent souvent que le symptôme douleur, mal défini. Cette malade a également guéri sans fistule.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1 rue Cassette.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Bazy, et une de M. Félizet, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Au sujet des ruptures traumatiques de la vessie.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Symptômes immédiats de rupture de la vessie. Guérison sans intervention.

M. Sieur. — L'observation de rupture traumatique de la vessie que vous a communiquée M. Picqué, au nom de M. Delamare, m'engage à vous rapporter un fait analogue que j'ai eu l'occasion d'observer, en 1895, dans mon service à l'hôpital Desgenettes de Lyon.

Le nommé L..., trompette au 7e régiment de cuirassiers, reçoit au niveau du bas-ventre, le 4 mai 1895, à 8 heures du matin, un coup de pied de cheval lancé à toute volée. Transporté immédiatement à l'infirmerie, on lui applique un bandage de corps afin d'immobiliser l'abdomen et on lui donne deux pilules d'opium de 3 centigrammes.

Arrivé dans notre service à l'hôpital Desgenettes, deux heures à peine après son accident, nous trouvons L... dans l'état suivant :

C'est un homme robuste, intelligent, qui nous raconte qu'ayant reçu l'ordre de faire avancer un cheval qui venait de se fracturer le membre postérieur gauche, il se tenait à un mètre environ derrière lui et le

stimulait à l'aide d'une baguette, quand l'animal, s'étant soulevé brusquement sur les pattes de devant, lui avait envoyé avec le membre postérieur sain un coup de pied qui l'avait renversé à terre. Bien que pris immédiatement d'une violente douleur dans le bas-ventre, il avait pu se relever en se soutenant l'abdomen avec les mains, mais à peine avait-il fait quelques pas que l'intensité de la douleur le forçait à s'agenouiller et il serait tombé à terre sans l'aide de ses camarades. A aucun moment, cependant, il n'a perdu connaissance; il a eu quelques nausées mais pas de vomissements.

A l'heure actuelle (deux heures environ après le traumatisme), la face est pâle, les traits sont tirés, mais la respiration est ample, régulière; le pouls bat 64 à la minute. Les extrémités sont froides et le malade se sent frissonnant.

Le ventre mis à découvert, on note, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, une traînée rose à direction transversale et de 7 centimètres de long qui indique le point atteint par le sabot du cheval.

La douleur éprouvée par le blessé est comparée par lui à une sorte de *déchirure* profonde; elle est spontanée, s'exagère par les grands mouvements respiratoires, les déplacements du corps et surtout par la pression et la palpation de l'abdomen. Dès qu'on applique la main sur la paroi abdominale, les muscles entrent immédiatement en contraction, bien que la douleur ne soit vraiment intolérable qu'au niveau de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne et un peu à gauche de la ligne médiane, point terminal de la traînée rose signalée plus haut.

Percussion normale. Pas de matité au niveau de la région vésicale, ni dans les deux fosses iliaques, ni dans les flancs.

Le point sur lequel semblait s'être concentré tout l'effort du traumatisme correspondant à la zone habituellement occupée par la vessie en état de réplétion, notre attention devait naturellement se porter de ce côté. Le malade nous apprend qu'il a uriné à 5 heures du matin, au moment du réveil, qu'il a pris un quart de café avant de se rendre sur le terrain de manœuvres et qu'il *avait besoin d'uriner* l'orsqu'il a reçu le coup de pied de cheval sur le ventre. *Depuis son traumatisme, il n'a pas uriné bien que le besoin soit allé en croissant.* Invité à faire quelques efforts modérés de miction, il éprouve aussitôt une douleur plus vive et ne peut émettre une seule goutte d'urine.

Après désinfection immédiate de la verge, du méat et lavage de l'urètre antérieur à l'eau boriquée et au permanganate de potasse, on introduit une grosse sonde de Nélaton préalablement soumise à l'ébullition. Cette introduction, qui se fait sans difficulté, ne ramène que quelques gouttes d'urine fortement sanglante.

Rassemblant alors les commémoratifs de l'accident et les principaux symptômes présentés par le blessé, nous en sommes amenés à conclure qu'il est vraisemblablement atteint d'une rupture de la vessie, d'autant que le doigt introduit dans le rectum réveille une douleur vive au moment où son extrémité presse sur le bas-fond.

Nous relevons, en effet :

1° La *cause* même du traumatisme : coup de pied lancé à toute volée.

2° Le point atteint qui correspond à la zone occupée par la vessie à l'état de réplétion.

3° Le temps écoulé depuis la dernière miction (trois heures) et l'absorption dans cet intervalle d'un agent aussi diurétique que le café et enfin le besoin d'uriner qu'éprouvait le blessé au moment de son traumatisme.

4° L'intensité de la douleur immédiatement éprouvée par L..., douleur qu'il compare à une *déchirure* profonde.

5° Le besoin d'uriner qu'il éprouve et *qu'il ne peut satisfaire.*

6° L'absence de matité et de globe vésical immédiatement au-dessus du pubis, *cinq heures* après la dernière miction.

7° Enfin, l'écoulement par la sonde de quelques gouttes d'urine sanglante.

Seul l'état général était peu en rapport avec une lésion grave de la vessie ou d'un viscère abdominal : shock peu intense; pouls régulier et de fréquence à peu près normale. Pas de nausées ni de refroidissement cholériforme.

Aussi l'urgence d'une intervention n'étant pas absolue et n'ayant d'ailleurs pas sous la main les aidés nécessaires, nous nous décidons à attendre quelques heures, mais nous croyons prudent de laisser la sonde à demeure et, pour éviter toute infection, son extrémité libre est entourée de compresses antiseptiques et plonge dans un urinal au moyen d'un ajutage en caoutchouc.

Comme traitement : diète absolue; injection sous-cutanée de morphine pour calmer la douleur et large vessie de glace sur le point traumatisé.

A 2 heures de l'après-midi : T. 37°3, pouls 64, respiration régulière, facies peu tiré. Pas de nausées, douleur abdominale moins vive, sauf au niveau du point contus. Intelligence nette.

80 grammes d'urines claires ont été émises par le malade; seules les compresses stérilisées qui entourent la sonde et au travers desquelles se filtre l'urine sont un peu teintées de sang.

L'examen du ventre ne révèle aucun tympanisme; la région sus-pubienne est sonore ainsi que les fosses iliaques et si la douleur locale est suffisamment vive pour revêtir un caractère syncopal à une pression un peu prolongée, la douleur propagée semble s'être atténuée.

En présence du maintien de l'état général et des indications nouvelles fournies par l'émission d'urines à peu près claires et après avoir pris l'avis de M. le médecin-chef Pierrot et de nos collègues Hassler et Rioblanc, nous crûmes préférable de nous abstenir de toute intervention et de nous en tenir à l'expectation armée. Fallait-il pour confirmer définitivement notre diagnostic de rupture vésicale recourir à l'injection intra-vésicale d'eau salée ou d'air stérilisé préconisée par Weir et Hahn? Evidemment non. Pareille investigation n'offrait aucun intérêt pour notre blessé et Briddon lui reproche avec raison d'augmenter les chances et l'étendue de l'infection du péritoine, lorsqu'il existe une

rupture intra-péritonéale et de compléter ou d'agrandir la déchirure, lorsque les parois vésicales ne sont que partiellement rompues ou le sont en totalité sur une très petite étendue.

D'ailleurs les suites devaient justifier notre conduite.

Le lendemain 5, le malade qui a été soumis à une diète absolue et qui a reçu 3 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées a passé une nuit calme. Etat général excellent. T. 37°2; pouls 65; douleur au point contus toujours vive. Sonde bien tolérée; les urines sont claires et la quantité émise depuis la veille atteint 300 grammes.

Même traitement : diète absolue, glace intus et extra; 3 injections de morphine de 1 centigramme chaque, à midi, 4 heures et 9 heures du soir.

Le soir T. 38 degrés, à la suite d'une visite des parents. Pas de nausées, pas de frissons, aucune modification dans l'état local.

Le 6, l'amélioration continue. Le blessé a dormi pendant quelques heures. T. 37°3; pouls 70, régulier. Ventre plus souple, moins sensible dans son ensemble, mais au niveau de la région atteinte la défense musculaire persiste et s'oppose à toute exploration profonde. Les urines émises sont toujours claires et leur quantité pendant les vingt-quatre heures atteint 575 centimètres cubes. Par contre, le malade se plaint d'éprouver une sensation de brûlure dans le canal et l'on constate la présence d'une gouttelette de pus au niveau du méat. L... nous raconte alors qu'il a contracté antérieurement la blennorragie et qu'il en a conservé un très léger écoulement.

La sonde, introduite au moment de l'accident et dont la présence a irrité la muqueuse urétrale, est retirée jusqu'à ce que son extrémité profonde soit arrivée au niveau de l'urètre antérieur. Une injection d'eau boriquée, puis une injection de permanganate à 1 p. 1000 sont poussées modérément dans son intérieur de façon à balayer et désinfecter tout l'urètre antérieur. Une nouvelle sonde enduite de vaseline boriquée est réintroduite dans la vessie, mais aucun lavage n'est poussé dans cette dernière.

Comme traitement interne : diète lactée, glace, cachets de salol et suppression des injections de morphine.

Le 8, atténuation des symptômes du début. T. normale. Douleur locale moindre, mais encore facilement réveillée par une pression même légère. Urines claires, quantité des vingt-quatre heures 700 gr. Seul l'écoulement urétral est plus abondant en raison du maintien de la sonde à demeure. Nouveau lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse et réintroduction d'une nouvelle sonde.

Le 10 mai, la sonde à demeure n'étant plus tolérée a été retirée dans la soirée du 9. Miction spontanée non douloureuse, sauf quand le malade essaie de faire effort. Quantité d'urine rendue dans les dernières vingt-quatre heures, 1.000 centimètres cubes. Au fond du vase, mince couche de pus provenant du canal et au-dessus notable quantité de mucus vésical. Désinfection soigneuse de l'urètre au permanganate de potasse et lavage de la vessie à l'aide d'une sonde à double courant.

A dater de ce jour, la guérison est allée en s'accentuant de plus en

plus et nous ne trouvons à signaler qu'une légère poussée inflammatoire du côté de l'épididyme gauche survenue le quinzième jour et ultérieurement quelques phénomènes d'urétrite postérieure et de cystite du col rapidement enrayés par des instillations de nitrate d'argent.

Au bout d'un mois et demi, L... quittait l'hôpital ne conservant aucune trace de son ancien traumatisme.

Tout l'intérêt de notre observation nous paraît résider dans ce fait, qu'au début, tous les symptômes locaux ont été en faveur d'une rupture vésicale et qu'une *intervention immédiate* paraissait justifiée. D'ailleurs, malgré l'absence de shock, nous n'aurions pas hésité à pratiquer une incision sus-pubienne, lors de notre deuxième examen, si la sonde à demeure avait, dans l'intervalle, laissé couler des urines sanglantes.

Nous sommes donc ainsi amenés à croire à la *guérison spontanée et sans aucune complication* de la déchirure vésicale, bien que nous sachions l'*extrême rareté* d'une terminaison aussi favorable. Et cependant, comment expliquer sans cela la *vacuité* de la vessie, que nous avons constatée *cinq heures et demie* après la *dernière miction* chez un blessé qui, dans l'intervalle, avait absorbé du café et éprouvé le besoin d'uriner quelques instants avant d'être frappé à la région hypogastrique? L'explication qui s'offre tout naturellement à l'esprit, est qu'il a eu une éraillure de la vessie par laquelle s'est écoulée l'urine qui y était contenue. Cette éraillure s'est, par la suite, fermée d'elle-même, grâce à l'irrégularité de ses bords, à ses faibles dimensions, et surtout à l'installation d'une sonde à demeure, immobilisant la vessie, et offrant à l'urine une voie permanente d'écoulement.

Quant à l'urine épanchée, sa quantité était suffisamment faible pour permettre sa résorption presque immédiate, et si sa présence n'a donné lieu à aucune réaction, c'est grâce à son *asepsie*, l'urine normale injectée dans le tissu cellulaire prévésical ou le péritoine ne déterminant ni inflammation, ni suppuration, ainsi que le prouvent les expériences déjà anciennes de Strauss et Tuffier.

Quant au siège exact de la lésion vésicale chez notre blessé, il nous est naturellement impossible de le préciser. Mais si l'on veut bien se rappeler que les ruptures postérieures et inférieures sont les plus fréquentes, que le malade n'a présenté aucun signe de réaction péritonéale, et que le toucher rectal s'est montré particulièrement douloureux au moment où l'extrémité du doigt comprimait le bas-fond de la vessie, il nous sera permis de conclure que la rupture était *extra-péritonéale* et siégeait vraisemblablement en bas et en arrière.

Enfin, nous croyons utile, en terminant, d'attirer l'attention sur les dangers d'infection auxquels sont exposés les blessés de cet ordre, quand les voies génito-urinaires sont infectées, et quand on ne prend pas, dès le début, ainsi que le faisait justement remarquer M. Picqué, les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Encore ces dernières ne sont-elles pas toujours suffisantes pour empêcher le réveil d'accidents presque éteints. C'est ainsi que chez notre blessé, mal guéri d'une ancienne blennorragie, la présence pendant six jours d'une sonde molle a suffi pour ramener à l'état aigu l'inflammation du canal de l'urètre, et que nous n'avons pu éviter la propagation de l'inflammation à l'urétre postérieur, à l'épididyme, et même à la vessie. Fort heureusement, cette propagation a été relativement tardive (quinze jours après le traumatisme), et par conséquent bénigne. Il n'en eût point été de même si elle s'était produite dès le second ou le troisième jour, et avec une lésion vésicale plus grave que celle que nous sommes en droit de soupçonner chez notre blessé. Il est vrai qu'alors notre conduite eût été tout autre, et que nous aurions eu recours à l'*intervention hâtive*, telle que nous l'avons préconisée dans un mémoire sur le *Traitement chirurgical des ruptures de la vessie* (1) que nous avons eu l'honneur de présenter en 1892 à la Société de chirurgie.

Discussion

Hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin.

M. P. Reynier. — M. Picqué, dans son très intéressant et très étudié rapport, est venu mettre en comparaison devant la Société de chirurgie l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dans le traitement opératoire du cancer utérin. Par le relevé des statistiques, il arrive à conclure que l'hystérectomie abdominale est plus dangereuse que l'hystérectomie vaginale, et les résultats définitifs l'empêchent de se prononcer en faveur de cette dernière opération qu'il ne rejette pas, je le reconnais, mais pour laquelle il montre peu d'enthousiasme.

Il est évident que toutes les fois qu'on aura affaire à un cancer, n'importe où il sera placé, si on regarde les résultats définitifs, on n'aura jamais une satisfaction très grande. Quelque opération qu'on fasse, les récidives dans le cancer sont malheureusement trop fréquentes, et souvent tellement précoces qu'elles

(1) Voir *Archives générales de médecine*, février et mars 1894.

peuvent produire le découragement de quiconque s'attaque à ces lésions. Mais il suffit que de temps en temps nous ayons un succès pour que nous n'abandonnions pas la lutte et que nous continuions à faire ces opérations. Ce qui est vrai pour tous les cancers l'est également pour le cancer de l'utérus. Et c'est pourquoi je trouve qu'il est intéressant de rechercher quelle est l'opération qui pourra rationnellement nous donner le plus de succès sans trop regarder aux statistiques qui pourraient nous décourager.

Ces statistiques d'ailleurs ne peuvent que très mal nous renseigner; il y a en effet, suivant le moment où on opère un cancer, des différences si grandes dans le pronostic des opérations, que ces statistiques n'auraient de valeur que si on nous donnait exactement l'étendue des lésions, et l'état général de la malade au moment où on a opéré. Or, le fait qu'on ne fait une hystérectomie vaginale que lorsque l'utérus est encore peu envahi, et qu'on cherche surtout par l'hystérectomie abdominale à enlever des cancers qui n'étaient plus justiciables de l'hystérectomie vaginale, fait comprendre de suite pourquoi les statistiques de l'hystérectomie abdominale sont plus mauvaises que celles de l'hystérectomie vaginale, sans que pour cela on soit en droit de conclure, comme l'a fait M. Picqué, que l'hystérectomie abdominale est une opération plus dangereuse que l'hystérectomie vaginale.

Je doute que si, par l'hystérectomie vaginale, on eût opéré les cas que j'ai opérés par l'hystérectomie abdominale, l'hystérectomie vaginale eût eu encore la supériorité sur l'hystérectomie abdominale.

Aussi, j'aurais préféré que M. Picqué se fasse une opinion plus par sa pratique personnelle que par des statistiques. A l'heure actuelle, j'ai eu recours à l'hystérectomie abdominale pour cancer 13 fois, et bien que ma statistique ne soit pas vierge de décès, puisque dans une première série j'ai eu 2 morts sur 8, et dans une seconde, 2 sur 5, mon deuxième décès étant survenu tout récemment, je reste non seulement convaincu de la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale, mais même de sa gravité moindre en présence de certaines formes de cancer utérin.

Par cette voie, vous pourrez enlever des lésions que vous n'auriez pas osé aborder par la voie vaginale.

Lorsque vous avez un col envahi par le cancer, un utérus friable, on sait quelles sont les difficultés de l'hystérectomie vaginale, les pinces n'ayant aucune prise sur ces tissus qui se déchirent. Dans l'hystérectomie abdominale, cette friabilité n'est plus

un obstacle; on n'a pas, en effet, de pinces à mettre sur l'utérus, et on enlève la masse dans son entier.

Il vous est enfin beaucoup plus facile d'enlever une plus grande partie vaginale envahie que par l'hystérectomie vaginale. Vous pourrez enfin mieux vous rendre compte de l'étendue des lésions, et au besoin vous enlèverez des ganglions que par le vagin vous laisseriez.

A ce point de vue, l'hystérectomie abdominale s'offre à nous comme une opération bien plus complète. Je ferai encore remarquer qu'on n'aura plus à tenir compte de l'étroitesse du vagin; c'est ainsi que j'ai pu opérer par l'abdomen une vierge, pour laquelle l'hystérectomie vaginale aurait été particulièrement difficile.

Ce sont toutes ces raisons qu'il faut mettre bien plus en avant que les statistiques pour juger de la valeur de l'opération.

J'arrive maintenant aux dangers :

Ces dangers sont évidemment sérieux. On ne peut considérer comme bénigne une opération qui donne 4 morts sur 13 opérées. Mais l'hystérectomie vaginale pour cancer n'est-elle pas également sérieuse, et ne donne-t-elle pas une statistique autrement moins bonne que celle qu'on aurait par cette même opération pour lésions annexielles ?

Ce qui fait le danger de l'intervention, ce n'est pas tant le procédé que le terrain sur lequel on opère. Quelque voie que nous choisissions, nous devons toujours, avec les cancéreux, nous attendre à des désastres. Ce sont des malades souvent infectés par le fait de leur lésion ; leur nutrition est altérée, leur phagocytose diminuée, et ils résistent mal à l'infection la plus minime. Cependant, il en sera de même ici, comme pour beaucoup d'autres opérations; nos statistiques devront s'améliorer quand nous choisirons mieux nos cas, quand notre technique par l'expérience se sera améliorée. Il y a donc là encore une raison de ne pas trop s'attacher aux statistiques de la première heure.

Ceci dit, j'arrive à parler de cette technique opératoire. Au Congrès de chirurgie, j'ai déjà exposé ma manière de faire. Je vous demande la permission de revenir très rapidement là-dessus et de vous parler des modifications que j'ai cru devoir apporter à cette technique.

Par la voie abdominale, je crois pouvoir opérer tout cancer de l'utérus qui n'aura pas envahi le cul-de-sac antérieur et dans lequel la vessie n'aura pas été prise. L'envahissement du cul-de-sac antérieur me paraît être la complication la plus grande dans cette opération. Il est, en effet, fort difficile dans ce cas de faire la dissection des uretères. Qu'on les cathétérise, qu'on essaye de

les disséquer comme le fait M. Quénu, cette dissection au milieu d'une bouillie cancéreuse est fort aléatoire et l'opération peut difficilement se terminer sans risquer d'ouvrir la vessie adhérente à l'utérus. Les cas de mort que j'ai eus ont toujours été lorsque je me suis trouvé en présence de ces lésions antérieures englobant uretère et vessie, ou que l'opération a été incomplète, comme dans les cas de M. Mauclaire.

L'envahissement du cul-de-sac postérieur a moins d'importance. Le rectum peut presque toujours se décoller et on peut enlever en arrière de vastes lambeaux de tissu vaginal. Je trouve dans mes observations des malades auxquelles j'ai enlevé plus de 3 centimètres de cul-de-sac postérieur envahi.

Ceci dit, pour montrer ce qu'on peut faire par l'hystérectomie abdominale, j'aborde maintenant le manuel opératoire.

Je commence toujours par limiter par le vagin les lésions, au moyen d'une incision qui ne fait que couper la muqueuse vaginale sans ouvrir les culs-de-sac. A l'heure actuelle, je fais cette incision avec le thermocautère; et, à ce moment, si j'ai des bourgeons cancéreux trop forts pour les enlever avec la curette, je les cautérise au thermocautère. Ce premier temps de l'opération, que préconise également Riess, me paraît très utile pour avoir bien la limite de la lésion, que vous n'auriez pas si vous incisiez votre vagin par l'abdomen, comme le font ceux qui font toute l'opération par l'abdomen, et qui risquent, dans ces conditions, de laisser des portions de vagin envahies. Ceci fait, je me nettoie les mains qui, d'ailleurs, n'ont pas été salies, puisque c'est au thermocautère que j'ai incisé et que je n'ai pas mis les doigts dans le vagin. C'est donc par excès de précaution que je le fais.

Je mets la malade dans la position de Trendelenburg, et j'incise la paroi abdominale; je place des pinces sur les artères utéro-ovariennes, sur les ligaments larges, sectionnant en dehors des lésions et, après séparation de la vessie de l'utérus, j''enlève celui-ci comme on enlèverait une tumeur.

Je m'occupe alors des ganglions; quand j'en trouve, je tâche de les enlever le mieux que je peux. Toutefois, je ne partage pas ici l'optimisme de ceux qui croient qu'on pourra par cette exérèse se mettre à l'abri des récidives, ou tout au moins en reculer de beaucoup l'époque de l'apparition.

La présence de ganglions m'a toujours paru d'un très mauvais augure pour le résultat tardif de l'opération. Il en est ici comme pour tous les cancers; il est bien difficile, quand le système ganglionnaire est touché, d'être sûr de pouvoir enlever tout ce qui est pris et de ne pas laisser des troncs lymphatiques, des ganglions

encore microscopiques, qui deviendront cependant des foyers de récidive.

J'ai alors à m'occuper de l'hémostase définitive : je remplace les pinces des artères utéro-ovariennes par des ligatures au catgut. Pour les pinces des artères utérines, pour peu que je les aie placées tout près de la ceinture osseuse et que je n'aie plus suffisamment de ligament large pour les faire basculer ou les attirer en haut, je préfère à l'heure actuelle les laisser en place. En effet, il est fort difficile dans ces conditions de les remplacer par une ligature dont on soit absolument sûr. Ces ligatures, mises au bout des doigts dans la profondeur, peuvent ne pas tenir, et une des grandes causes de la mortalité sont les hémorragies secondaires. Dans quelques cas, j'ai fait la vasotripsie, mais nous ne sommes pas encore arrivés à avoir une sécurité absolue avec n'importe quel vasotribe. Cette vasotripsie ne peut d'ailleurs se faire que sur des tissus friables modifiés dans leur vitalité et c'est ce qui explique les insuccès qu'on peut avoir dans les cas de cancer utérin. Le laisser en place des pinces a de plus cet avantage de diminuer le temps pendant lequel la malade se trouve sous le chloroforme et vous met à l'abri de toute hémorragie, toutes considérations importantes pour la réussite de cette opération.

Les pinces restant en place, je les entoure de gaze stérilisée plongeant dans le petit bassin et séparant complètement le champ opératoire du reste de la cavité péritonéale.

Entre les pinces se trouve un drain qui sort par le vagin. J'ai ainsi un large drainage abdomino-vaginal, qui me paraît particulièrement recommandable dans ces opérations où l'infection est si difficile à éviter, par le fait du milieu septique où on opère.

Je laisse ces pinces quarante-huit heures en place ; je les retire au bout de ce temps sans toucher à la gaze, que je n'enlève que quelques jours plus tard, lorsque je suis sûr des adhérences.

C'est à ce drainage que je dois le succès que j'ai eu dernièrement dans deux cas, où j'avais affaire à des lésions si importantes que deux de mes collègues avaient refusé d'opérer une des malades.

Je termine cette communication en concluant, d'après ma pratique personnelle, que l'hystérectomie abdominale pour cancer, opération grave comme toute intervention pour cancer, est cependant une opération qui doit rallier les chirurgiens. Plus que la voie vaginale, la voie abdominale nous offre ici la possibilité de faire une opération complète et nous donne ainsi l'espoir, souvent déçu, je le reconnais, d'avoir des succès durables.

Rapport.

Ostéosarcome costal, extirpation, ouverture accidentelle du péricarde chez une femme ayant subi, trois ans auparavant, la résection du maxillaire supérieur gauche pour sarcome de cet os. Guérison, par M. CHAVANNAZ, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Rapport de M. BROCA.

M. Chavannaz nous a envoyé l'intéressante observation d'une femme de quarante-six ans, qu'il a soignée pour un ostéosarcome costal. Il s'agissait d'une tumeur secondaire car, en mai 1890, avait débuté, dans la fosse canine gauche, une tumeur pour laquelle, le 20 novembre 1895, M. Chavannaz avait pratiqué, avec succès, la résection totale du maxillaire supérieur; l'examen histologique, dû à M. Sabrazès, avait révélé qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire sans cause connue.

Tout alla bien jusqu'en septembre 1898. Alors commença à la partie antérieure gauche du thorax une petite tumeur qui devint un peu douloureuse un mois après. Au mois de novembre existait, sur la sixième côte, en ligne mamelonnaire, une tuméfaction grosse comme une amande, non douloureuse à la pression, faisant corps avec l'os. M. Chavannaz diagnostiqua un noyau secondaire dont il conseilla l'ablation. Mais la malade ne consentit à s'y soumettre qu'en janvier 1899, parce que la tumeur avait grossi et des douleurs s'étaient manifestées.

Le 18 janvier, la tumeur avait le volume d'un petit œuf, lisse, ferme, arrondie, peu douloureuse à la pression; elle est recouverte d'une peau normale; par la palpation bimanuelle, on sent une crépitation sèche, que M. Chavannaz considère comme révélatrice d'une fracture spontanée. Les douleurs se manifestent quand la malade passe du décubitus dorsal à la position assise. Pas d'adénopathie ; viscères sains.

Le 20 janvier, M. Chavannaz pratiqua la résection de la côte malade, en dépassant de loin sur l'os les limites de la tumeur et en enlevant largement les faisceaux musculaires voisins. Au cours de l'opération, il ouvrit le péricarde, et cette complication mérite d'attirer l'attention. C'est en faisant basculer en dehors la côte, sectionnée au niveau du cartilage, que M. Chavannaz entendit un sifflement isochrone aux mouvements inspiratoires; il acheva l'opération après avoir mis sur cette région de la plaie une compresse aseptique, et, la côte une fois réséquée, il vit une déchirure à travers laquelle apparaissait le cœur. Cette déchirure causa, pendant

l'anesthésie, quelques troubles dont M. Chavannaz ne précise pas la description. Elle fut suturée au catgut et il n'en résulta aucun dommage. Un bruit précordial de va-et-vient, ayant son maximum sur la pointe, plus marqué pendant la systole, fut entendu le 20 au soir, disparut le 21, reparut le 22 au matin, puis cessa définitivement. La malade quitta l'hôpital, guérie, le 11 février. Le 27 mai, elle ne présentait pas de récidive.

Comme au maxillaire, le microscope a démontré un sarcome embryonnaire à petites cellules. Aussi, est-ce un fait assez remarquable que ce foyer métastatique à si longue échéance, avec intégrité persistante du foyer primitivement opéré : il y a là une bénignité relative à laquelle les ostéosarcomes à petites cellules ne nous habituent point. Et peut-être la malade bénéficiera-t-elle, sinon d'une guérison définitive, au moins d'une nouvelle trêve de quelque importance.

M. Chavannaz, en l'absence de tout autre phénomène inflammatoire, attribue au frottement des catguts, et non à un léger degré de péricardite, le bruit de va-et-vient mentionné au cours de l'observation. Peut-être devrait-on songer au frottement dû à quelques caillots sanguins dans le péricarde.

Imperforation anale opérée par la voie périnéale postérieure, par M. le Dr Castan (de Béziers).

Rapport de M. BROCA.

Le 26 mai 1899, M. le Dr Castan fut appelé aux environs de Béziers, auprès d'un garçon de trois jours, qui ne rendait pas de méconium et refusait obstinément le sein. De ce retard où M. Castan n'est pour rien, je répéterai ce que je vous disais il y a quelques jours : la conformation extérieurement normale de l'anus a excusé pendant vingt-quatre heures la méconnaissance de la lésion, mais le retard ultérieur n'est pas excusable. Le 25, en présence de vomissements fécaloïdes, on se décida à appeler un médecin, et le lendemain 26, seulement, M. Castan fut convoqué. Et ici, je me permettrai une légère critique : c'est le 27 seulement que M. Castan revint pour pratiquer une opération que des circonstances impérieuses, paraît-il, obligèrent, malgré l'urgence, à remettre au lendemain.

Or, quelles que soient les conditions, j'estime qu'on doit toujours opérer séance tenante : à cela suffit l'outillage chirurgical que tout médecin a dans sa trousse. C'est le 24 mars que la sage-femme aurait dû appeler le premier médecin convoqué, et celui-ci

aurait dû être prêt à opérer lui-même. L'enfant a guéri, mais je ne cesserai de protester, quelle que soit leur cause, contre des atermoiements souvent mortels.

D'ailleurs, M. Castan a conduit l'opération avec méthode et habileté : par une incision médiane postérieure, respectant la demi-circonférence antérieure de l'anus, il alla réséquer le coccyx et, à 4 centimètres de profondeur, trouva l'ampoule rectale, vers laquelle ne le guida aucun cordon fibreux. Il ne put l'abaisser qu'après section aux ciseaux des muscles releveurs, tendus en corde de chaque côté. L'opération, qui dura trois quarts d'heure, fut terminée par la suture du rectum à la plaie et le résultat fut à tous points de vue excellent.

Pour trouver l'ampoule rectale avec sûreté, il faut, incontestablement, la chercher en arrière, contre le sacrum : c'est un précepte classique. Et quand existe un anus extérieurement bien conformé, nous sommes tous d'accord pour inciser entre lui et le coccyx sans toucher à la demi-circonférence antérieure : on ménage ainsi le sphincter. D'autre part, pour atteindre une ampoule située, chez un nouveau-né, à 4 centimètres de profondeur, la résection du coccyx était presque sûrement, sinon indispensable, au moins très utile, et il convient de féliciter M. Castan d'avoir mené à bien une opération qui se présentait dans des conditions de difficulté notable. Mais M. Castan veut aller plus loin, et il pense que, quelle que soit la variété d'imperforation, avec ou sans anus extérieurement bien conformé, le procédé de choix doit être la résection du coccyx, d'emblée et de parti pris.

Ici, je ne saurais être de son avis : j'ai opéré certainement une trentaine d'imperforations anales, et la plupart du temps l'ampoule était basse, dans le petit bassin ; j'ajouterai que même dans les cas difficiles, je n'ai pas eu besoin de réséquer le coccyx ; et toujours, sauf dans un cas où j'ai passé en avant de l'ampoule pour m'être à tort écarté du sacrum, j'ai amené le rectum à la peau ; je n'ai échoué que dans les cas, fort rares d'ailleurs, de malformation très haut située, avec cul-de-sac intra-abdominal, et dans ces cas, la résection coccygienne ne permet évidemment rien de plus. Mon opinion est donc que la résection du coccyx peut être parfois un adjuvant très utile ; mais je ne puis accorder à M. Castan qu'il faille l'ériger en principe. Cette divergence d'opinion ne m'empêche d'ailleurs en rien d'approuver, pour le cas particulier, la conduite de notre confrère, auquel je vous propose d'adresser nos remerciements pour sa si intéressante observation.

M. Kirmisson. — Je voudrais dire un mot à propos du deuxième rapport de M. Broca, non pas pour contredire ses conclusions,

mais pour faire une petite remarque. Je crois que M. Castan a tort de généraliser et de préconiser à l'exclusion de toute autre la voie périnéale; moi-même je préconisais encore dernièrement la laparotomie. Mais à côté de cela, je dois dire que j'ai vu souvent, à l'hôpital comme en ville, des cas analogues à celui de M. Castan, dans lesquels on a été à travers l'anus avec un bistouri dans la profondeur. Ces opérations étaient cependant pratiquées par des chirurgiens, mais elles ne réussissaient pas. Je trouve donc que, si M. Castan a tort d'être trop exclusif, il a raison de donner comme règle le précepte de faire une incision à la partie postérieure, soit seulement des parties molles, soit, s'il est besoin, avec résection du coccyx, petite opération sans importance bien qu'elle donne un peu de sang.

Je pose comme règle, avec M. Castan, que quand on a une imperforation anale, il ne faut jamais chercher à y remédier par les voies naturelles. Quant au procédé, on peut adopter la voie périnéale postérieure, mais je ne trouve pas que l'on doive exclusivement s'y borner; au besoin il faut savoir faire la laparotomie.

M. Broca. — Je répondrai seulement à M. Kirmisson qu'il me paraît être tout à fait de mon avis. Il y a très peu de temps que je me suis élevé vivement devant vous contre les recherches par les voies naturelles. En cas d'anus extérieurement bien conformé, on doit chercher l'ampoule en arrière, contre le sacrum, après incision périnéale postérieure. J'ai seulement dit que M. Castan exagérait en érigeant la résection du coccyx en principe.

M. Kirmisson. — Si j'ai insisté sur ce point, c'est que les opérations par les voies naturelles sont pratiquées, non par des médecins, mais par des chirurgiens et non des moins connus. Aussi je crois qu'il est bon d'en parler ici et de faire remarquer qu'en cherchant à rétablir la perméabilité du rectum à travers l'anus, quand il existe, on va à un échec certain, et je ne parle pas seulement de ceux qui se servent d'une sonde cannelée, mais bien des opérateurs qui procèdent méthodiquement au bistouri.

Il faut, ou bien pratiquer l'incision postérieure, ou la laparotomie, pour aller à la recherche du bout inférieur du rectum.

Communication.

De la prostatotomie et de la prostatectomie.

par M. le Dr ALF. POUSSON (de Bordeaux).

Malgré la multiplicité des opérations imaginées depuis ces quinze ou vingt dernières années dans le but d'obtenir la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate, ce problème thérapeutique est loin d'avoir reçu sa solution définitive. Si toutes les opérations pratiquées sur l'appareil génital externe (orchidectomie bilatérale ou unilatérale, vasectomie, angio-névrectomie) donnent des résultats dans les rétentions aiguës en faisant cesser pour l'instant et en prévenant même pour l'avenir les phénomènes de congestion, principal facteur de cet accident des prostatiques, elles restent le plus souvent impuissantes dans les rétentions chroniques complètes ou incomplètes. Celles-ci reconnaissent en effet pour cause non plus seulement les perturbations essentiellement passagères du régime circulatoire de la prostate, mais des modifications histologiques définitives des tissus constitutifs de cette glande, modifications auxquelles se joignent rapidement des altérations profondes de la musculature de la vessie et des déformations de son col, qui bouleversent les conditions hydrostatiques de l'appareil évacuateur des urines. A mon avis la méthode indirecte pour être réellement efficace devrait être employée en quelque sorte préventivement, formule dont la clinique ne permet guère l'application. J'ai pour ma part expérimenté loyalement ces diverses opérations et les effets, que j'en ai obtenus et que l'on trouvera consignés dans la thèse de mon élève Michel, sont loin d'avoir répondu à mon attente.

Pendant longtemps encore le cathétérisme méthodique temporaire ou permanent, la cystotomie et la cystostomie, la prostatotomie et la prostatectomie trouveront leurs indications chez les prostatiques et il convient de faire un choix judicieux entre ces divers moyens d'assurer la mise à sec de la vessie. Je ne veux point faire ressortir ici les avantages du cathétérisme, qui est le moyen par excellence à conseiller à la majorité des prostatiques et qui ne mérite pas les reproches dont on l'a chargé ; je ne veux pas non plus insister sur les bénéfices que peuvent conférer dans certains cas exceptionnels la cystotomie et la cystostomie; mais je désirerais appeler l'attention de la Société de chirurgie sur les services, que sont susceptibles de rendre à une catégorie assez nombreuse de malades la prostatotomie et la prostatectomie.

Tandis qu'à l'étranger l'incision et l'excision des obstacles prostatiques sont passées dans la pratique courante, ces opérations sont exceptionnellement pratiquées dans notre pays, et mon ami Desnos est le seul chirurgien qui les ait systématiquement employées et en ait fait ressortir toute la valeur. J'y ai eu recours quinze fois et c'est en m'appuyant sur ces faits que j'essaierai de poser les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie et d'en tracer le manuel opératoire, après quoi je ferai connaître les résultats que j'ai obtenus.

Indications. — L'incision et l'excision de la prostate ne sont évidemment justifiées, que dans les cas où les parties hypertrophiées de la glande constituent un obstacle à l'évacuation régulière et totale de la vessie. Pour montrer tous les services que l'on est en droit d'attendre de ces opérations et *que seules elles peuvent rendre*, il nous suffira de rappeler dans une courte étude anatomo-pathologique les déformations que le développement sénile de la prostate à forme urétro-vésicale entraîne du côté : *a*) de l'urètre postérieur, *b*) du col et *c*) du bas-fond de la vessie.

Je n'insisterai pas sur l'allongement de l'urètre prostatique, qui peut aller jusqu'à 9 centimètres, ainsi que je l'ai observé chez un de mes malades. Il suffit d'avoir une sonde assez longue pour pénétrer dans la vessie de ces sujets. Les déviations latérales, qui incurvent l'urètre en C, en S, ne m'arrêteront pas non plus longtemps, car les sondes souples en épousant les flexuosités n'ont guère de peine à pénétrer jusque dans la vessie, pourvu que le tissu prostatique ne soit pas trop résistant et dans ce cas les sondes en gomme en les redressant y parviennent presque toujours. Les déviations dans le sens antéro-postérieur méritent de fixer un peu plus mon attention. Elles portent à peu près exclusivement sur la paroi inférieure, qui décrit soit une courbe régulière, soit un coude brusque au point où le lobe dit médian se détache des lobes latéraux. Si, d'une part, les recherches de Gély, sur les dimensions du rayon de courbure de l'urètre sous-pubien chez les prostatiques, ont permis de construire des sondes qui s'adaptant à cette déformation du canal régulièrement incurvé rendent ainsi le cathétérisme facile, et si, d'autre part, les sondes à béquille et à double béquille de Mercier peuvent franchir l'urètre brusquement coudé, la pratique démontre que dans quelques cas ces instruments même habilement maniés ne peuvent être conduits dans la vessie. La manœuvre bien connue du mandrin imaginée par le professeur Guyon échoue elle-même, lorsque le lobe médian incurvant fortement l'urètre constitue une sorte de crochet, qui arrête invinciblement le bec de la sonde. C'est seulement dans ces

conditions que les modifications apportées à la forme du canal rendent légitimes la prostatotomie ou la prostatectomie.

Les déformations du col produites par les saillies intra-vésicales de la prostate en sont une indication plus fréquente, mais toutes ne sont cependant pas justiciables de l'intervention. A part les cas, à la vérité exceptionnels, dans lesquels la saillie prostatique rattachée par un pédicule étroit au reste de la glande est mobile, se rabat en manière de clapet sur l'embouchure de l'urètre au moment de la miction, et s'oppose à l'issue de l'urine, l'évacuation de la vessie n'est nullement gênée par ces déformations et la sonde l'assurerait toujours artificiellement si, en même temps que le col est déformé, il n'était pas soulevé au-dessus du bas-fond.

C'est cette surélévation de l'embouchure de l'urètre à la vessie qui, en déformant le viscère et en créant le bas-fond, constitue la principale indication de la prostatectomie. Comme j'ai l'habitude de le dire familièrement, la vessie est alors mise *en perce* trop haut, et il devient nécessaire d'assurer par divers artifices la mise à sec et la désinfection de ce cul-de-sac, sous peine de voir l'urine y croupir, s'y altérer, déterminer et entretenir l'inflammation de la vessie et constituer un foyer septique, menace constante d'infection pour les urètres, qui s'y ouvrent, il ne faut pas l'oublier, et présentent souvent une dilatation de leur méat par paralysie de leur sphincter. Dans la majorité des cas, le bas-fond, quelle que soit sa profondeur, est largement ouvert du côté de la cavité vésicale, et la lèvre inférieure du col, ne faisant qu'un relief modéré, l'urine peut être évacuée dans sa totalité par les seules contractions de la vessie si la musculature n'en est pas altérée, ou complètement soutirée à l'aide de la sonde dans la position verticale du sujet, ou même dans la position horizontale, pourvu qu'avec la main on puisse déprimer fortement la paroi abdominale au niveau de l'hypogastre. Des lavages antiseptiques peuvent également assurer une désinfection suffisante de la vessie. L'évacuation totale de l'urine est plus difficile à réaliser lorsque les lobes de la prostate, faisant saillie dans la vessie, surplombent le bas-fond, et la désinfection des angles et des anfractuosités situées autour du col, au point où se détachent les exubérances prostatiques, devient tout à fait illusoire. Lorsque enfin, dans un troisième groupe de déformations, au lieu de porter sur l'un des trois lobes de la glande et de former des saillies qui se détachent nettement dans le réservoir urinaire, l'hypertrophie est totale et constitue une grosse masse globuleuse proéminant vers le bas-fond et créant une sorte de sinus rétro-prostatique, les conditions de rétention partielle des urines et surtout des produits septiques sont portée

à leur maximum. En effet, quelques cuillerées d'urine y restent toujours emmagasinées, si grandes que soient les précautions qu'on prenne pour les évacuer, et s'il survient de la cystite, elles s'altèrent, deviennent muco-purulentes, subissent la fermentation ammoniacale, et laissent déposer leurs sels calcaires, origine de calculs longtemps méconnus. Dans ces conditions, que je crois fréquentes, ni les cathétérismes le plus habilement exécutés, ni les lavages le plus soigneusement pratiqués, ni même l'ouverture de la vessie et la fistulisation par l'hypogastre ne peuvent assurer la détersion de ce clapier; la prostatectomie seule permet de la réaliser complètement et de remplir ces indications de chirurgie générale, auxquelles le traitement de l'infection du réservoir urinaire ne saurait se soustraire, à savoir, le lavage et le drainage du foyer.

Pour que les déformations de l'urètre du col et du bas-fond de la vessie, que nous venons de rappeler, deviennent la source des indications de la prostatotomie et de la prostatectomie, il faut qu'elles puissent être reconnues cliniquement. Rien n'est plus facile à qui sait manier l'explorateur en gomme à boule olivaire, que de mesurer la longueur de l'urètre prostatique ou de percevoir les déviations de son extrémité à travers ses sinuosités et son arrêt à l'entrée de la vessie. La difficulté ou l'impossibilité d'introduire la sonde à béquille ou à double béquille avec ou sans le mandrin révèlent l'existence d'une coudure excessive de l'arrière-canal. Mais ce sont les modifications de forme du col et du bas-fond qu'il convient surtout de pouvoir reconnaître, car, ainsi que je l'ai dit, c'est contre elles que le chirurgien sera le plus souvent appelé à agir.

Le cathétérisme vésical avec l'explorateur métallique à petite courbure et le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique nous fournissent les moyens de faire ce diagnostic. Pour constater l'existence des reliefs prostatiques au niveau du col à l'aide de l'explorateur, il suffit, après l'avoir introduit dans la vessie, de le retirer légèrement de manière à accrocher les lèvres du méat interne. Si celui-ci n'est pas déformé, on peut imprimer à l'instrument un mouvement de rotation complet sur son axe sans qu'il soit nécessaire de le faire pénétrer davantage dans la cavité vésicale. Si, par contre, des saillies le rendent irrégulier, le mouvement de rotation ne peut s'exécuter qu'à condition que l'explorateur soit enfoncé suffisamment pour les doubler. L'existence, la situation, le volume et la forme des exubérances déformant le col étant ainsi constatés, la profondeur du bas-fond est évaluée par la hauteur à laquelle il faut relever la poignée de l'instrument pour que son bec en atteigne le plancher presque toujours

sillonné de colonnes et de dépressions alternatives. C'est au cours de cette manœuvre que l'on a chance de sentir le contact révélateur des concrétions et calculs, qui se développent et se cachent si souvent en arrière de l'obstacle prostatique, mais que de fois aussi, en raison de leur enclavement entre les lobes de la glande et les parois de la vessie, ces formations lithiasiques échappent à l'exploration la plus minutieuse ! Le toucher rectal seul est incapable de fournir des renseignements sur les saillies intravésicales de la prostate, car il n'y a aucun rapport entre le relief que la glande hypertrophiée fait dans le rectum et celui qu'elle fait dans la cavité de la vessie, mais ce mode d'exploration combiné à la palpation hypogastrique a une valeur considérable. Pour qu'on puisse retirer tout le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre, il faut le pratiquer à vessie vide, le malade dans le décubitus dorsal, le bassin soulevé par un coussin placé sous les fesses et les muscles de la paroi abdominale dans le relâchement le plus complet; exceptionnellement l'indocilité et l'embonpoint de certains sujets s'opposent à cet examen. Le doigt de la main étant introduit dans le rectum aussi haut que possible, on déprime lentement l'hypogastre avec la main gauche en insinuant l'extrémité des doigts au-dessous de la symphyse, et on arrive ainsi avec quelque habitude à percevoir le relief intravésiculaire de la prostate que l'on repousse vers le doigt placé en exploration dans l'intestin.

La cystoscopie est venue, dans ces derniers temps, apporter une précision nouvelle au diagnostic de certaine forme de saillies intravésicales de la prostate. C'est ainsi qu'elle nous donne des renseignements très exacts sur le développement du lobe moyen, sur son volume, sa pédiculisation, sa mobilité, etc. Mais dans les hypertrophies massives de la glande, allongeant et déformant considérablement l'arrière-canal, le cystoscope ne se dégageant qu'avec peine dans la vessie et faisant presque toujours saigner la glande n'est, le plus souvent, d'aucune utilité. Ajoutons que, dans ces cas, la vessie enflammée, douloureuse et intolérante ne se prête que fort mal à l'introduction et au séjour des instruments.

Technique opératoire. — Malgré les perfectionnements apportés par les instruments ingénieux de Nitze et de quelques autres opérateurs allemands à la méthode de prostectomie et de prostatectomie par les voies naturelles d'origine française, j'estime que ces opérations par l'urètre sont insuffisantes, aveugles et surtout pleines de dangers, car elles exposent à des hémorragies redoutables que nous expliquent bien les lois de la physiologie pathologique de la vessie posées par le professeur Guyon et ses élèves.

L'ouverture préliminaire du viscère, qui permet de sectionner avec une grande régularité les obstacles prostatiques, met précisément à l'abri de cet accident en prévenant la rétention d'urine et en favorisant les conditions de la circulation vésico-prostatique. C'est donc à la faveur de la cystotomie préliminaire que l'on doit, selon moi, pratiquer la prostatotomie et la prostatectomie et entre les deux grandes méthodes d'ouverture de la vessie par le périnée et par-dessus le pubis, la préférence doit être accordée à cette dernière.

J'y ai eu toujours recours dans mes interventions sur la prostate et l'ai pratiquée suivant les règles fondamentales ordinaires, mais sans employer le ballon de Petersen et sans distendre la vessie outre mesure. On sait en effet, aujourd'hui, que ce ballon est inutile, et que rien n'est plus facile que de relever, après l'incision de la paroi abdominale, le cul-de-sac du péritoine à l'aide du doigt et d'en éviter la blessure. Le ballonnement du rectum, outre ces inconvénients habituels, aurait dans l'espèce celui de gêner la circulation veineuse du petit bassin et d'exposer à des écoulements de sang abondants au cours des manœuvres opératoires. Quant à la distension forcée de la vessie après ligature de la verge sur la sonde placée dans l'urètre, j'y ai renoncé depuis longtemps en raison des dangers de rupture du viscère que cette manœuvre fait courir.

La vessie ouverte et les lèvres de l'incision suspendues et écartées à l'aide d'une anse de fil passée dans leur épaisseur, je place l'écarteur à lampe électrique, que j'ai fait construire dans ce but, dans l'angle supérieur de la plaie vésicale et j'écarte ses parois latérales avec les écarteurs ajourés que je vous présenterai dans un instant. De la sorte, et sans recourir à la taille transversale de Trendelenbourg et à la résection partielle et temporaire d'Helferich et de Bramann, on voit aisément dans la vessie et l'on peut se rendre compte du volume, de la forme, du mode d'implantation de l'obstacle prostatique et agir en conséquence. Si l'on se trouve en présence d'un valvule, cas exceptionnel, rien n'est plus facile que de l'emporter dans sa totalité d'un coup de ciseau. Si la prostate ne fait aucun relief dans la vessie et que la dysurie et les difficultés de l'introduction des sondes tiennent à la déviation de l'urètre résultant de la soudure des lobes prostatiques, on peut aisément aussi creuser au thermocautère ou même à l'instrument tranchant une tranchée pour ouvrir le canal et en rectifier la direction. Mais l'indication de la prostatotomie est rare, et dans la majorité des cas, c'est l'exérèse des lobes de la prostate saillant dans la vessie qu'on devra pratiquer. On a conseillé de se servir à cet effet d'un serre-nœud, de l'anse galvanique, du thermocautère pour éviter

les hémorragies. C'est là s'embarrasser inutilement, j'ai pour ma part tout bonnement recours à la pince coupante, aux simples ciseaux, voire même au seul bistouri, lorsque la tumeur était pédiculée et pouvait être amenée aisément en dehors de la vessie. A la vérité, la section du tissu prostatique est immédiatement suivie d'une abondante perte de sang, véritable pluie d'orage qu'une large irrigation d'eau chaude fait rapidement cesser. L'hémorragie est surtout considérable et de quelque durée, lorsqu'on creuse dans le tissu glandulaire pour éviter le col et faciliter dans la suite le passage des sondes, sinon l'issue spontanée des urines. C'est dans ces cas qu'un bon éclairage avec l'écarteur à lampe électrique rend des services pour saisir dans une pince à forcipressure le vaisseau saignant, pour le cautériser au thermocautère. Dans un cas j'ai utilisé pour arrêter une hémorragie en nappe le pouvoir hémostatique de l'antipyrine, et dans un autre j'ai pratiqué le tamponnement de la vessie, mais plus par crainte que par nécessité.

Certains auteurs se sont appliqués à disséquer la muqueuse, qui recouvre les parties saillantes de la prostate et à la suturer après l'exérèse, de manière à obtenir la réunion par première intention. La crainte de voir la plaie vive baignée par l'urine devenir la porte d'entrée de produits toxiques et de germes infectieux, qui a dicté cette conduite, est vaine. Il y a longtemps que l'extirpation des néoplasmes vésicaux, qui ne fut pas à ses débuts complétée par la suture des lèvres de la solution de continuité que l'on ne peut d'ailleurs pas toujours réaliser, a montré le peu de danger de ces plaies sans cesse exposées au contact de l'urine.

Un complément opératoire que je ne néglige jamais après la prostatectomie, c'est le traitement de la cystite concomitante, qui fait rarement défaut par le grattage, le curettage, le brossage et la cautérisation ignée de la muqueuse du bas-fond.

Je ne ferme jamais la vessie après l'opération et je mets de parti pris les tubes de Guyon et Périer, que le viscère soit sain ou infecté. Bien que dans le seul cas où j'ai pratiqué la suture hermétique, je n'aie pas eu à m'en repentir puisque j'ai obtenu une réunion par première intention parfaite, je crois que le drainage par le double tube est une garantie précieuse, surtout contre les hémorragies qu'il prévient. Il permet, en outre, de faire des lavages modificateurs et antiseptiques, qui sont de la plus grande utilité dans ces vieilles vessies des prostatiques presque toujours chroniquement enflammées.

Résultats. — Sur mes 15 interventions, j'ai eu 3 morts; il sem-

blerait par ce résultat ainsi simplement énoncé que la gravité de l'excision et de l'incision des obstacles prostatiques est excessive; mais si l'on songe qu'en outre de leur grand âge (soixante-quinze, soixante-douze ans), ces malades étaient affaiblis du fait de l'ancienneté de leur affection urinaire et profondément infectés, on ramènera à de plus justes proportions le pronostic de cette opération.

Observation. — Le premier opéré de cette série malheureuse âgé de soixante-quinze ans, atteint de rétention aiguë complète greffée sur une rétention chronique incomplète avec purulence des urines, avait subi de nombreuses tentatives de sondages qui n'avaient abouti qu'à creuser sa prostate de fausses routes multiples; je ne pus parvenir à le sonder lorsqu'il me fut confié et je dus recourir à la ponction sus-pubienne pendant quelques jours : la cystotomie sus-pubienne s'imposait dès lors et, la vessie ouverte, je trouvai une saillie intra-vésicale de la prostate si considérable et si facile à exciser que je crus pouvoir le faire sans danger. Le malade succomba au quatrième jour à la continuation des accidents infectieux : l'autopsie ne put être faite.

Observation. — Le second opéré avait une cystite très douloureuse avec besoin incessant d'uriner, cependant il ne pouvait supporter le passage de la sonde qu'au prix de souffrances horribles et il lui était impossible de la garder à demeure. A l'examen avec l'explorateur métallique et à la palpation bimanuelle, j'avais reconnu l'existence d'un gros relief prostatique sur le côté droit du col, ces constatations me déterminèrent à une intervention qui, du fait même des symptômes fonctionnels que présentait le malade, était déjà indiquée. Non seulement je trouvai après l'incision de la vessie le gros lobe prostatique que j'avais perçu, mais encore en arrière de lui, un sinus rempli de mucosités épaisses et glaireuses, je n'hésitai pas dès lors à faire sauter ce lobe formant comme un opercule au-dessus du bas-fond infecté de la vessie. Le malade mourut au septième jour et à l'autopsie, on trouva, outre des lésions de cystite chronique avec ulcérations, épaississement et état fongueux de la muqueuse, une dilatation de l'embouchure des uretères et de l'urétéro-pyélo-néphrite ascendante suppurée des deux côtés.

Observation. — Le troisième malade, conduit à l'hôpital pour une rétention aiguë complète, avait pu être sondé, et je ne me décidai à intervenir chez lui que lorsque tous les accidents, que font courir les crises de rétention aiguë, furent conjurés par l'évacuation méthodique, lente et antiseptique de la vessie, la sensation d'un énorme lobe de la prostate saillant dans la vessie et auquel on pouvait imprimer des mouvements perceptibles par le toucher rectal combiné à la palpation bimanuelle me déterminant à l'intervention, que l'âge relativement peu avancé (soixante-huit ans) et le bon état général me semblaient devoir rendre peu dangereuse.

L'opération fut simple et l'hémorragie, qui suivit l'excision du lobe sessile que je pratiquai et l'évidement à la pince coupante du col, fut peu abondante. Dès le soir, le malade fut pris de fièvre et celle-ci continua les jours suivants ; les urines demeurèrent sanguinolentes, bientôt de véritables hémorragies remplissant les tubes et la vessie de caillots noirâtres, peu consistants et grumeleux se déclarèrent, et la mort survint avec tous les signes de la septicémie au quatorzième jour. L'autopsie ne fut pas autorisée, mais il me semble évident que ce malade a succombé moins à des accidents urinaires qu'à une infection générale dont les hémorragies vésicales, que je n'ai jamais vu se produire chez mes autres opérés, ont été la conséquence.

Des 12 malades qui ont survécu à l'opération, un seul a été opéré de la simple prostatotomie ; tous les autres ont subi l'excision d'une portion plus ou moins considérable de la prostate.

Observation. — Le malade chez lequel j'ai pratiqué la prostatomie était un homme de soixante-quatre ans, souffrant depuis dix ans de troubles vésicaux qui l'obligèrent à se sonder dès le début des accidents. Les instruments en caoutchouc passèrent d'abord facilement, puis il dut recourir à des sondes en gomme à béquille, qui finirent par ne plus pouvoir être introduites qu'à l'aide du mandrin, réclamant ainsi chaque fois qu'il fallait les changer une véritable opération chirurgicale. C'est pour remédier à cette difficulté d'introduction des sondes, qui me semblait due à la coudure et au crochet que l'urètre prostatique formait avant de s'ouvrir dans la vessie, que j'intervins, car l'explorateur métallique ni le toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique ne révélaient l'existence d'un relief intravésical.

La vessie ouverte par-dessus le pubis, je constatai que la prostate n'était pas saillante dans sa cavité, mais que l'embouchure de l'urètre était reportée bien au-dessus du bas-fond par suite de la soudure de l'extrémité des deux lobes latéraux au lobe moyen, en sorte que l'arrière-canal présentait une coudure très prononcée. Au lieu d'évider le col en réséquant sur sa lèvre inférieure un fragment cunéiforme, je me contentai de creuser au thermocautère une sorte de tranchée au milieu du lobe moyen, de manière à ce qu'une sonde rectiligne pût passer sans difficulté. Lorsque la plaie vésico-hypogastrique fut cicatrisée, le malade put uriner seul pendant quelques semaines, puis on fut obligé d'avoir recours à la sonde droite d'abord, coudée ensuite et finalement les deux bords de la section pratiquée en plein tissu prostatique s'étant soudés, toutes les difficultés préopératoires du cathétérisme réapparurent. Il fallut avoir de nouveau recours à la sonde à demeure, et le patient indocile et mal surveillé s'infecta, et succomba au bout de six mois à des accidents de néphrite suppurée.

Cette observation, qui montre l'insuffisance de la prostatotomie faite à ciel ouvert, me semble condamner également les sections

des obstacles prostatiques par les voies naturelles, fussent-elles pratiquées par l'électricité !

Dans le groupe des onze observations de malades chez lesquels j'ai pratiqué la prostatectomie, deux doivent être classées à part, car elles constituent des exemples d'une indication rare de cette opération.

Observation. — Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une saillie du lobe médian, pédiculée et mobile, qui, venant s'appliquer sur l'embouchure de l'urètre s'opposait, à l'émission de l'urine dans la position verticale, en sorte que le patient ne pouvait bien qu'uriner horizontalement couché dans son lit ou en s'accroupissant. Ce malade en raison de sa très grande sensibilité n'avait jamais pu être exploré, même par un chirurgien habile de Paris, et ce n'est que sous le chloroforme que je pus apprécier la déformation de la prostate, en même temps que je constatai l'existence d'un grand nombre de calculs retenus derrière cet obstacle. La vessie ouverte, je retirai d'abord 19 calculs, dont le volume variait de celui d'une noix à celui d'une chevrotine, puis je sectionnai d'un coup de ciseaux une petite tumeur arrondie pédiculée, grosse comme une petite cerise, cause à la fois de la dysurie et de la retenue dans la vessie des concrétions petites et arrondies descendues du rein. Ce malade opéré depuis seize mois est aujourd'hui en parfait état de santé ; ses urines légèrement purulentes avant l'opération sont tout à fait claires et transparentes, il ne souffre plus et peut uriner dans toutes les postures. Grâce sans doute à son régime et à une médication antilithiasique, il n'a pas eu de colique néphrétique, mais il est infiniment probable que s'il en eût eu et que des graviers fussent tombés de ses reins, il les eût expulsés maintenant que son col est débarrassé de la production qui l'obstruait.

Observation. — Chez le second malade, qui avait eu des coliques néphrétiques trois ans auparavant, et avait rendu du sable et même des graviers à diverses reprises, il existait avec des phénomènes de cystite intense et des troubles généraux assez graves une grande difficulté pour uriner. L'explorateur à boule, en se dégageant dans la vessie, éprouvait un ressaut donnant la sensation d'une valvule vibrante; l'explorateur métallique révélait l'existence d'une saillie très petite, et, malgré des examens répétés, pas de contact de calculs. La cystotomie hypogastrique pratiquée, je trouvai sur la lèvre inférieure du col, sans relief intravésical de la prostate et sans bas-fond prononcé, une saillie valvulaire que j'incisai aux ciseaux. Derrière cette valvule et accolée à elle, se trouvaient trois petits calculs aplatis en forme de graines de melon, qui avaient échappé à mon exploration. Le malade opéré depuis huit mois ne souffre plus, ses urines ne sont plus purulentes, et il urine sans difficulté; son état général fort mauvais s'est parallèlement amélioré.

La dernière catégorie de malades, dont il me reste à analyser les observations, est la plus nombreuse et la plus intéressante. Elle se compose de neuf faits dans lesquels j'ai excisé des masses plus ou moins volumineuses de tissu prostatique faisant relief dans la vessie. Ce sont là les cas pour lesquels la prostatectomie trouve véritablement ses indications. Chez trois de ces malades, il existait en même temps que la saillie intra-vésicale des concrétions calcaires volumineuses reconnues avant l'opération; chez deux autres, de petits graviers aplatis se dérobant à toute investigation, furent trouvés au cours de l'opération enclavés dans le sinus rétroprostatique; chez les quatre derniers, la vessie était exempte de toutes productions calculeuses.

Chez les trois premiers malades, deux fois les calculs phosphatiques étaient, de par leur nature chimique et de par l'histoire des malades, secondaires à l'hypertrophie et à la cystite, conséquence de cette dernière.

Observation. — L'un d'eux avait subi deux séances de lithotritie, après chacune desquelles il avait éprouvé quelques mois de soulagement, car elle l'avaient débarrassé de concrétions libres dans la cavité vésicale, mais il ne fut véritablement guéri que lorsque la taille et la résection d'une grosse masse prostatique derrière laquelle étaient enclavés deux calculs à facettes, permit la mise à sec et la désinfection complète de la vessie. Opéré depuis quatorze mois, ce malade, qui d'ailleurs se sonde et se lave très régulièrement, a vu tous les symptômes de cystite douloureuse qu'il présentait, disparaître, ses urines sont presque limpides, et son état général, jadis d'autant plus mauvais qu'il était morphinomane, est excellent.

Observation. — Le second, prostatique depuis plus de dix ans, était atteint de cystite chronique avec urines ammoniacales, gélatineuses et mélangées de stries sanguinolentes et présentait outre le contact d'un calcul phosphatique une saillie de la prostate de plus de 2 centimètres et un énorme bas-fond. A l'aide de la taille suspubienne je fis d'abord l'extraction d'un calcul secondaire du volume d'une noix verte et de deux petites concrétions aplaties en graines de melon, puis je réséquai un volumineux lobe glandulaire qui recouvrait le bas-fond comme d'un opercule et derrière lequel croupissaient des matières purulentes épaisses et glaireuses. Le malade, rétabli de son opération, fut amélioré pendant quelques mois au point de vue des douleurs, des fréquences de la miction, de la purulence des urines, la fièvre disparut, mais il fut obligé de se sonder comme avant l'opération. Les soins vésicaux étant insuffisamment donnés, l'infection du viscère qui avait un moment rétrocédé réapparut et je dus en juin dernier, plus d'un an après, ouvrir de nouveau la vessie pour extraire un calcul d'un volume un peu supérieur au premier. Au cours de cette intervention itérative j'ai

pu constater que la portion exubérante de la prostate réséquée ne s'était pas reproduite. Cette récidive calculeuse doit donc être attribuée moins à l'évacuation incomplète des urines qu'à l'infection vésicale, que le malade ne sut pas prévenir et combattre par des lavages suffisants.

Observation. — L'histoire de mon dernier malade de cette petite série très longue et très instructive peut se résumer ainsi : hématuries survenant à des intervalles irréguliers, très abondantes, revêtant les allures des hématuries néoplasiques; au cours d'une de ces hématuries, rétention aiguë complète, à la suite de laquelle le malade est obligé de se mettre au régime de la sonde; les hématuries persistant, le patient est soumis, par divers chirurgiens, à des explorations vésicales répétées à la sonde métallique et à l'endoscope, sans qu'on trouve de calculs et considéré comme un prostatique simple en raison du volume considérable de la glande dans le rectum : cependant, quatre ans après le début des accidents, une dernière exploration me fait percevoir un contact en même temps qu'elle me permet de constater l'existence d'une volumineuse saillie prostatique. Je pratique la cystotomie et trouve un calcul urique aplati de 6 centimètres sur 4 centimètres enchâssé derrière la prostate exubérante et formant une tumeur lobulée, qui circonscrit en fer à cheval l'embouchure de l'urètre. Cette tumeur est réséquée et le col de la vessie déblayé à la pince coupante. Le malade, guéri sans incident de son opération, fut obligé de reprendre les sondages, et, malgré des lavages vésicaux, très régulièrement pratiqués, rendit spontanément de petits graviers; je dus même en broyer un du volume d'un petit haricot, dans une séance de lithotritie, onze mois après la prostatectomie.

L'état diathésique du malade, arthritique et gros mangeur, nous explique l'origine de ces concrétions calculeuses, qui seraient certainement demeurées dans la vessie ou n'en auraient été extraites que très difficilement par la lithotritie, si l'excision des saillies hypertrophiques de la prostate ne leur avait pas ouvert une voie d'échappement et n'avait pas facilité leur prise.

L'observation que je viens de résumer est donc un exemple des plus probants de l'obstacle que l'hypertrophie centrale de la prostate apporte à la découverte des calculs cachés derrière elle, et inversement, de l'issue large que leur ouvre l'exérèse de ses lobes saillants dans la vessie.

Je ne pourrais, sans allonger par trop ma communication, analyser les observations de deux malades chez lesquels, en même temps que l'hypertrophie massive de la prostate dans la vessie, existaient, dans le sinus rétro-glandulaire, de petites concrétions calculeuses. Je les résumerai en quelques mots :

Observation. — Chez tous deux, il y avait impossibilité absolue d'émettre une goutte d'urine sans la sonde, la vessie était profondément infectée, et, malgré des cathétérismes évacuateurs réguliers

et des lavages antiseptiques longtemps pratiqués, les urines demeuraient purulentes, gélatineuses et ammoniacales. Fait important, la marche, l'exercice, la voiture augmentaient les douleurs, la fréquence des mictions, et rendaient parfois les urines un peu sanguinolentes; cependant l'exploration intra-vésicale ne révélait pas l'existence de calculs. La sonde exploratrice et le toucher bimanuel n'ayant pas fait constater un relief considérable de la prostate dans la vessie, je pratiquai la taille et réséquai deux énormes masses glandulaires pesant l'une 75 grammes et l'autre 65 grammes, et limitant l'une et l'autre un cloaque rempli de matières glaireuses et épaisses au milieu desquelles étaient emprisonnés trois ou quatre petits calculs aplatis. De ces deux opérés, aucun n'a recouvré le pouvoir d'uriner seul, mais la cystite a disparu, les urines sont presque normales, grâce aux lavages agissant maintenant sur toute l'étendue de la muqueuse vésicale; enfin, l'état général s'est considérablement amélioré.

Les 4 derniers malades chez lesquels je suis intervenu sans rencontrer de calculs m'ont fourni au point de vue du rétablissement de la fonction urinaire deux résultats complets, un résultat partiel et un échec.

Observation. — Le premier résultat complet a été obtenu chez un homme relativement jeune (soixante-cinq ans) atteint de prostatisme depuis trois ans seulement, sans infection de la vessie, et chez lequel la courbure de l'urètre, due au développement du lobe moyen, rendait impossible l'introduction de tous autres instrumenfs que la sonde de Gely. Pendant un mois après l'opération, le malade fut obligé de se sonder, puis la vessie récupéra complètement sa puissance évacuatrice et cet état se maintenait encore deux ans après.

Observation. — Le deuxième résultat complet concerne un homme également peu âgé (soixante-sept ans), souffrant de dysurie depuis trois ans et n'ayant été obligé d'avoir recours à la sonde que depuis trois mois; sa vessie était profondément infectée. Lorsqu'il quitta l'hôpital, un mois et demi après l'intervention, il évacuait complètement ses urines, qui étaient faiblement purulentes. J'ai eu de ses nouvelles depuis lors, il continue à uriner seul mais faute de lavages antiseptiques régulièrement pratiqués ses urines sont redevenues fortement purulentes.

Observation. — Le vieillard chez lequel je n'ai obtenu qu'une amélioration, était âgé de soixante-douze ans et pissait mal depuis plus de dix ans; sa vessie, ainsi que j'ai pu le constater au cours de l'opération, était dure et rigide au niveau du bas-fond, la muqueuse fongueuse et saignante.

Observation. — Enfin mon échec absolu a pour sujet un homme de soixante-treize ans, qui se sondait matin et soir depuis huit ans et

avait des urines purulentes. Les exubérances prostatiques excisées ce malade ne put rendre une seule goutte d'urine sans la sonde, mais la purulence disparut presque complètement.

Je résumerai dans le tableau ci-dessous, les résultats que m'a donnés l'intervention dans les quinze observations que je viens d'analyser longuement :

3 *prostatectomies.*	Chez des malades âgés, atteints de troubles de la miction depuis de longues années, et de cystite avec abondante purulence des urines et état ammoniacal.	3 *morts opératoires* attribuables à l'âge, à l'affaiblissement des sujets et aux altérations antérieures de l'appareil urinaire.
1 *prostatotomie.*	Chez un malade très difficile à sonder à cause de l'énorme courbure du canal de l'urètre.	1 *succès passager :* le malade, après avoir uriné seul pendant quelque temps, fut obligé de reprendre l'usage de la sonde : puis celle-ci ne put plus passer et il fallut de nouveau mettre la sonde à demeure.
2 *prostatectomies.*	Chez deux malades ayant l'un un lobe médien pédiculé, et l'autre une valvule qui gênaient la miction dans certaines postures et derrière lesquels étaient retenus des calculs.	2 *succès définitifs ;* les malades urinent complètement dans toutes les positions.
3 *prostatectomies.*	Chez trois malades reconnus atteints de calculs avec hypertrophie considérable du lobe moyen et infection vésicale.	3 *insuccès au point de vue du rétablissement spontané de la miction*, mais disparition de la cystite, excepté chez l'un d'eux qui, n'ayant pas pris soin de sa vessie, a eu une récidive calculeuse.
2 *prostatectomies.*	Chez deux malades ayant de petites concrétions méconnues derrière de volumineuses masses prostatiques, avec infection vésicale profonde.	2 *insuccès au point de vue du rétablissement de la miction ;* amélioration considérable de la cystite, disparition des crises de cystite aiguë ; les urines sont presque claires ; l'état général est devenu excellent.
4 *prostatectomies.*	Chez quatre malades ayant de volumineuses saillies prostatiques et ne pouvant uriner spontanément.	2 *succès complets au point de vue du rétablissement de la miction* (malades relativement jeunes et atteints de dysurie récente). 1 *succès partiel* (malade vide en partie sa vessie). 1 *insuccès.*

On le voit, 4 seulement de mes 12 malades ayant survécu à l'opération ont recouvré le pouvoir de vider complètement leur vessie, chez un autre ce résultat a été temporaire et chez un sixième il a été partiel. Ces résultats heureux ont été obtenus

chez des sujets relativement jeunes, dont les troubles dysuriques n'étaient pas très anciens et chez lesquels la vessie n'était pas trop altérée par l'infection. Chez tous les autres mon intervention n'a eu d'autres effets que de faire disparaître les phénomènes de cystite aiguë, de rendre les urines moins purulentes, et d'enrayer l'infection de l'appareil urinaire en permettant de mettre la vessie à sec et de modifier par des lavages antiseptiques la totalité de sa muqueuse. Pour cela la prostatectomie ne mérite-t-elle pas de prendre droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale?

M. Tuffier. — J'ai pratiqué la prostatectomie dans des conditions particulièrement intéressantes qu'il serait trop long de rapporter voilà sept ans. C'est je crois l'une des premières faites en France. C'était un malade qui avait une hypertrophie faisant clapet sur le col vésical. L'opération réussit très bien.

Présentations de malades.

Anévrisme artério-veineux fémoral, d'origine traumatique.

M. Potherat. — Les photographies que je vous présente proviennent d'un malade qui est actuellement dans mon service, salle Nélaton n° 3, où il est entré le 24 juin dernier pour un ulcère de la jambe droite, ulcère supposé syphilitique. L'histoire déjà un peu longue de ce malade nous éloigne tout à fait, ainsi que vous le verrez, d'un ulcère syphilitique. Voici cette histoire, écrite avec les notes de mon interne, M. Belgrand. Ce malade a aujourd'hui quinze ans. En 1892, à l'âge de huit ans, étant en maraude, il reçut par devant un coup de fusil chargé à plomb, qui l'atteignit à la racine des cuisses et dans la région hypogastrique. De nombreuses petites taches blanches, cicatricielles, marquent le passage des plombs. Quelques-uns de ceux-ci se sentent sous la peau, en dedans ou en arrière des cuisses; ils paraissent de petit calibre et semblent appartenir à la série huit ou neuf des plombs de chasse.

L'enfant, apporté à Bicêtre après l'accident, fut placé et soigné dans le service de M. Campenon, où il resta six mois environ. Tout le traitement consista d'ailleurs en pansements humides, mais aucune intervention ne fut faite.

Rentré chez ses parents, on aurait remarqué que « quelque chose battait » au niveau du triangle de Scarpa; l'enfant ne souf-

frant pas, on ne s'en inquiéta pas autrement et les choses restèrent en l'état.

Il y a deux ans, ce malade rentra à Bicêtre, dans le service de Ricard, pour être opéré d'une hernie inguinale droite. L'opération fut faite avec un plein succès. Pendant le traitement, M. Ricard et ses aides remarquèrent, nous dit le malade, le « battement qu'il avait à la cuisse, l'auscultèrent, mais ne décidèrent rien ».

Il y a deux mois, à la face interne du mollet droit, une plaie à tendance ulcéreuse apparut, que le malade fit soigner à la consultation d'un hôpital, où cette plaie fut considérée comme un ulcère syphilitique et traitée comme tel, sans succès; ce que voyant, le malade demanda son admission dans mon service, où mes internes reconnurent de suite, et avant ma visite, l'existence d'un anévrisme artério-veineux fémoral.

A l'examen de ce malade, ce qui frappe l'attention tout d'abord, en dehors des taches cicatricielles dues au passage des grains de plomb, c'est le développement considérable de tout le système veineux superficiel du membre inférieur droit; la saphène interne, en particulier, forme jusqu'au pli de l'aine une saillie bleuâtre, un relief aussi appréciable que dans les varices les plus marquées, avec cette différence toutefois qu'ici le développement est régulier, comme lorsqu'on vient à placer une ligature sur le trajet d'une veine. Il y a, en outre, une augmentation du volume total du membre par rapport au côté opposé. La circonférence qui est de 30 centimètres au mollet droit n'est que de 24 centimètres et demi au niveau du mollet gauche. Cette augmentation de volume aurait été constatée par le malade et sa famille, dès sa sortie de l'hôpital après l'accident, en 1892.

Il faut toutefois tenir compte d'un fait particulier qui pourrait faire penser qu'il y a un peu d'atrophie à gauche. Il y a eu, à gauche, une hydarthrose du genou, qui a duré longtemps, qui a nécessité ou provoqué l'application d'un appareil plâtré; on crut même au développement d'une tumeur blanche. En réalité, aujourd'hui le genou est tout à fait guéri, cliniquement et fonctionnellement, et s'il persiste de l'atrophie musculaire, elle ne peut pas représenter l'écart considérable des mensurations sus-indiquées. Cette augmentation de volume du membre droit ne s'accompagne pas d'œdème.

A la partie interne et inférieure du mollet droit, on observe un large ulcère (diamètre transversal, 3 centimètres 1/2, diamètre vertical, 2 centimètres) à bords taillés à pic, à fond rugueux, irrégulier, hérissé de gros bourgeons rouges. Trois fois depuis l'entrée du malade, une hémorragie s'est produite à ce niveau, hémorragie due à l'ouverture d'une petite veine. Chaque fois l'écoulement san-

guin fut facilement arrêté par un pansement modérément compressif. La température superficielle n'est pas à droite très sensiblement supérieure à celle du côté gauche.

Mais vient-on à palper la région du triangle de Scarpa, on a de suite, sous le doigt, une sensation particulière, qui a été décrite sous le nom de *thrill*. Ce frémissement particulier paraît avoir son maximum à 7 centimètres de l'arcade, il se perçoit en diminuant jusque sur l'artère iliaque externe en haut, au delà du milieu de la cuisse en bas. Il disparaît totalement par la compression vasculaire au niveau de la bronche horizontale du pubis; il devient plus considérable par la pression au milieu de la cuisse. A l'auscultation on entend un souffle rude, râpeux, continu, avec renforcements au moment de la systole vasculaire. Ce souffle a aussi son maximum d'intensité au voisinage du triangle de Scarpa. Il n'y a pas de pouls veineux appréciable.

En somme, la palpation et l'auscultation démontrent qu'il existe un anévrisme artério-veineux; elles semblent concorder pour placer cet anévrisme dans le triangle de Scarpa, près du sommet de ce triangle; à ce niveau, deux ou trois cicatrices de grains de plomb sont presque confluentes, et on sent comme une petite tumeur molle et dépressible.

Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale me semble possible; qu'on fasse la ligature seule, ou la ligature avec ablation du sac, on pourra, je crois, agir au-dessous de l'origine de la fémorale profonde; par suite, la circulation du membre inférieur ne sera pas compromise; d'autre part, les troubles vasculaires déjà considérables, les troubles trophiques graves commandent une intervention, afin de permettre à cet enfant de quinze ans de marcher et de travailler.

Malformation congénitale de l'os frontal gauche.

M. Potherat. — Je vous présente la photographie d'un homme de soixante-six ans, qui est entré, le 27 mars dernier, dans mon service, à Bicêtre, salle Nélaton, n° 27. Charretier, il avait été renversé par son attelage qui lui passa sur le genou droit. Celui-ci, violemment atteint, avait eu ses ligaments fortement endommagés, et il y avait une subluxation de la jambe en arrière. Facile à réduire, cette subluxation ne put être maintenue que par un appareil plâtré, que le malade garda près de quarante-cinq jours. Il sortit guéri le 15 mai; l'épreuve radiographique nous a

montré, en même temps que l'examen direct, que la réduction était parfaite.

Mais ce n'est pas pour cela que je vous présente ce malade. J'avais été frappé d'une malformation qui se voit très bien sur la photographie, qui présente le sujet par le côté droit. Il existe une saillie extrêmement prononcée de la voûte de l'orbite, du rebord orbitaire, de la région sourcillière et de toute la partie circonvoisine du front. Cette saillie est osseuse; elle est régulière; elle ne ressemble ni à une exostose ni à une hyperostose; elle semble être un développement régulier de l'os, mais avec des proportions anormales. Il n'y a là aucune douleur, aucun phénomène morbide; enfin, cette disposition, qui s'est accusée surtout dans l'adolescence, ne s'est pas modifiée depuis. C'était la première fois que je voyais cette anomalie; par une de ces bizarreries, qui sont assez fréquentes, j'eus l'occasion de voir, en ville, quelques jours plus tard, une anomalie toute semblable et du même côté gauche, chez une femme de trente ans, chez laquelle cette disposition était survenue dans des conditions identiques.

J'ai cru intéressant de demander à la radiographie ce qu'il y avait derrière cette saillie osseuse, et la radiographie, ainsi que vous pouvez en juger sur cette épreuve, m'a montré, ce qui était d'ailleurs à prévoir, que cette saillie est pneumique, que derrière elle, et dans son intérieur, il existe un vaste sinus frontal, qu'en un mot, nous n'avons là que le développement excessif d'un état normal. Ni dans l'un, ni dans l'autre de mes deux cas, je n'ai pu surprendre la raison, même approximative, de cette anomalie de développement.

M. Pozzi. — Cette disposition anatomique rappelle celle du crâne préhistorique, dit *crâne du Neanderthal;* mais dans ce dernier, la proéminence de la bosse frontale et de l'arcarde sourcilière est, on le sait, bilatérale. On a donné à cette pièce anthropologique, unique jusqu'ici, une valeur ethnique. Dans le cas de M. Potherat, il s'agissait évidemment d'une anomalie, mais que certains naturalistes, d'après le rapprochement que je viens de faire, pourraient considérer comme *réversive*, c'est-à-dire reproduisant un type ancestral. Ces anomalies réversives, fréquentes dans le système musculaire, où je les ai étudiées, sont parfois en effet unilatérales.

Sur un cas d'épilepsie jacksonienne. Trépanation, puis suture de la dure-mère aux bords du périoste cranien après incision en croix. Amélioration considérable.

M. Ed. Schwartz. — Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, fort, robuste, comme vous le voyez, qui m'a été adressé au mois de décembre 1898 par notre collègue Dejerine, pour des attaques d'épilepsie partielle du côté droit datant de cinq ans.

Comme antécédents héréditaires : issu de père très névropathe et alcoolique. Mère morte de tuberculose. Il a trois frères et une sœur plus jeunes que lui, bien portants, qui jusqu'à l'âge de douze ans ont eu de l'incontinence nocturne d'urine plus ou moins accentuée.

Lui-même a toujours été bien portant, mais a eu aussi de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de douze à treize ans. Pas de convulsions pendant son jeune âge. Il est très nerveux, agité. Il a eu en 1897 une fièvre typhoïde grave avec des températures très élevées et qui a duré quatre mois et demi.

Les accidents qui nous l'amènent datent de quatre ans. Il fit à cette époque une chute : renversé par son père, il fut lancé contre l'angle d'une malle sur lequel sa tête porta. Peu de temps après cette chute, le malade éprouva dans le bras droit, au niveau du coude, une sensation de constriction qui reparaît de temps en temps durant quatre mois. A partir de ce moment, à cette sensation, se joignent des convulsions cloniques localisées au bras droit, consistant en flexions saccadées de l'avant-bras, de la main et des doigts ; toujours l'accès est précédé d'une aura constrictive au niveau du coude. Parfois, en serrant fortement la région, on parvient à faire avorter l'accès. La gravité des accès a toutefois augmenté progressivement, en ce sens que les convulsions ont gagné des territoires nouveaux, la moitié droite du cou, de la face ; la commissure labiale droite est fortement attirée en haut et en arrière, les muscles du tronc mais surtout ceux de la paroi abdominale droite, se mettent aussi de la partie. La durée des crises est d'un quart d'heure environ.

Elles se terminent sans incident appréciable, laissant après elles une sensation d'endolorissement, de fatigue dans les muscles secoués par elles.

Quelquefois, mais depuis deux ans seulement, il a eu des crises généralisées avec chute et perte de connaissance, sans cri initial, sans morsures de la langue ; toujours il y a une prédominance à droite ; c'est à droite que cela débute pour gagner ensuite le côté

gauche et toujours par le bras droit et le coude. Le malade tombe sans se faire mal, ayant toujours le temps d'éviter ce qui pourrait aggraver sa chute. Les crises généralisées ne se sont jamais terminées par une émission involontaire d'urines ou de fèces.

En examinant, on constate facilement une asymétrie faciale caractérisée par une prédominance des traits à droite. Rien du côté de la sensibilité. Réflexes normaux. Au dynamomètre, les deux bras ont la même force. Rien du côté des pupilles. La palpation de la boîte cranienne révèle à gauche, sur la région pariétale et non loin de la ligne médiane, un point douloureux à la pression, profond, et très localisé. Ce point siège exactement d'après les mensurations et la topographie cranio-cérébrale, au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando, là où est le centre moteur du membre supérieur.

Ce fait, rapproché du traumatisme antérieur, de la marche et de la physionomie du mal, nous fait penser à une épilepsie jacksonienne symptomatique d'une lésion osseuse, exostose ou hyperostose. C'est aussi le diagnostic du Dr Dejerine, qui rejette l'idée d'épilepsie essentielle malgré les antécédents, et nous conseille de tenter une trépanation au point douloureux.

Opération, le 31 janvier 1899. Chloroforme et morphine combinés pour l'anesthésie. Anesthésie facile. Après avoir bien pris nos mesures, et marqué à travers la peau à l'aide d'un poinçon le point central de la trépanation, nous faisons quatre trous à l'aide de la pince de 8 millimètres, à une distance de 5 centimètres l'un de l'autre, de façon à enlever une rondelle de 4 à 5 centimètres de diamètre environ.

Le crâne est d'une épaisseur considérable, 1 centimètre environ, le diploé saigne abondamment, nous tombons sur un gros sinus osseux dont l'hémorragie ne peut être arrêtée que par un tamponnement et de la pâte à l'oxyde et au chlorure de zinc. La rondelle enlevée à la scie, puis au ciseau et au maillet. La dure-mère bat fortement sous le doigt. La rondelle examinée présente à sa partie moyenne une élevure, une exostose qui explique facilement la compression. Nous sommes enchantés du résultat. Réunion drainage à l'aide d'un petit drain à la partie déclive et d'une mèche de gaze iodoformée.

Aucune suite opératoire; du 31 janvier au 9 février, pas une crise. Nous étions très satisfaits quand, le 9 février, il a une crise d'épilepsie partielle du bras et du cou à droite; elle dure quelques secondes. Elle se renouvelle les 12, 14, 15, 16 et 18 février. Les crises sont très atténuées et le malade les fait arrêter facilement en se serrant fortement le bras avec une ficelle ou une bande.

Elles se renouvellent de temps à autre d'une façon absolument irrégulière, sans aucune raison appréciable.

Sur le conseil de notre collègue Lucas-Championnière, je me propose d'agrandir considérablement la trépanation étant donné que peut-être la décompression n'est pas suffisante.

Le 28 mars, toujours sous le chloroforme ou la morphine, j'enlève une partie du crâne tout autour de l'ancienne trépanation qui est restée ouverte, obturée par la dure-mère, de façon à doubler largement l'ancienne perte de substance.

Je ne crois pas devoir ouvrir la dure-mère, qui me paraît saine et à travers laquelle bat facilement l'encéphale. Suture et rénnion par première intention de la peau, dix jours de repos complet sans arrêt

Au bout de dix jours, une crise de quelques secondes reparaît; il en a ainsi plusieurs, tellement atténuées que c'est à peine si elles ressemblent à ce qu'il avait autrefois.

C'est à ce moment que notre collègue nous communiqua deux cas d'épilepsie traités par la suture de la dure-mère ouverte au péricrâne, d'après les expériences de Berezowski.

Je fis donc une troisième intervention le 30 mai dernier, consistant dans la mise à nu du foyer de trépanation, la section en croix de la dure-mère très épaissie, atteinte de pachyméningite, surtout au niveau de sa partie supérieure La dure-mère fut suturée après rabattement des quatre lambeaux, de façon à constituer une perte de substance définitive de la calotte cranienne.

Le résultat de cette troisième intervention a été excellent.

Il n'a eu que trois attaques, très atténuées, depuis le 30 mai. Dans le bras, il n'a plus que quelques fourmillements qui traduisent les crises antérieures.

En somme, vous voyez qu'il s'agit là d'une amélioration très notable, mais non d'une guérison.

Mais l'observation nous montre en même temps combien est quelquefois rebelle l'épilepsie, même limitée, et je ne suis pas certain que chez notre opéré il ne s'agisse pas d'une épilepsie qui frise de très près l'épilepsie essentielle, surtout étant donné les antécédents. Elle est un nouvel exemple de l'opération proposée par notre collègue Tuffier et qui me paraît excellente toutes les fois qu'il y a lieu de conserver l'ouverture de la cavité cranienne.

M. Lucas-Championnière. — Le malade de M. Schwartz est très intéressant. On ne saurait qu'approuver cette reprise de trépanation très largement pratiquée. C'est la méthode que je préconise. Maintenant, nous sommes bien près de l'intervention. Parfois

celle-ci arrête les accidents, qui reprennent ensuite. Dans ce cas il faudrait recommencer.

M. Schwartz a bien fait de faire de la décompression. Il faudra revoir le malade dans un an.

M. Schwartz. — Je remercie M. Lucas-Championnière de ses réflexions. Je présente le malade comme amélioré, non comme guéri. En tout cas, les premières interventions n'avaient donné qu'un répit de dix jours, voilà déjà deux mois que l'intervention est faite et il n'a rien eu depuis.

Occlusion intestinale par invagination aiguë, laparotomie, guérison, par M. Auvray.

M. Michaux, rapporteur.

Traitement du varicocèle par son inclusion dans la vaginale retournée et suspendue au pubis.

M. Nimier. — Je vous présente un homme que j'ai opéré d'un double varicocèle par inclusion du cordon dans la vaginale retournée et suspendue au pubis. Cette opération a été imaginée par un chirurgien italien, Parona; exécutée chez neuf malades de mon service, elle me paraît donner un bon résultat.

Voici le mode opératoire auquel je me suis arrêté :

Premier temps. — Une incision de 6 centimètres est faite sur le trajet du cordon; sa moitié supérieure remonte devant l'orifice inguinal externe, sa moitié inférieure descend sur le collet de la bourse. Elle intéresse les téguments jusqu'à la tunique cellulo-fibreuse du cordon.

Deuxième temps. — Le testicule, chassé comme un noyau de cerise de sa loge scrotale, sort par l'incision. Pour que sa hernie soit complète, il convient de déchirer les tractus cellulo-fibreux et vasculaires qui relient la glande au fond et à la paroi postérieure de la bourse.

Troisième temps. — L'opérateur a dans la main le cordon variqueux et le testicule plus ou moins masqué par le réseau veineux développé dans le tissu cellulaire sus-vaginal. Sur la face antérieure de la glande bien mise à nu, autant que possible à

égale distance des deux extrémités de l'épididyme, il pratique à la séreuse une incision de 2 à 2 centimètres et demi.

Quatrième temps. — Par cette boutonnière, il fait sortir le testicule, et la vaginale retournée remonte plus ou moins haut suivant ses dimensions le long du cordon qui s'y engage comme dans un sac. Parfois, pour augmenter la profondeur du sac vaginal, il convient de rompre quelques adhérences de la séreuse sur les bords de l'épididyme.

Cinquième temps. — Le sac vaginal doit être fixé au pubis par trois points de suture : un postérieur traverse le tissu fibreux de la face antérieure de l'os, deux latéraux passent à travers le bord tranchant des piliers externe et interne. Les fils seront d'abord placés, puis noués successivement en commençant par le postérieur. Il est indiqué de passer les fils dans la vaginale sans imprimer au cordon de torsion sur son axe, et d'autre part de les faire traverser le tissu fibreux inguinal assez bas pour que le testicule appendu au sac vaginal se trouve finalement un peu au-dessous de la racine de la verge.

Sixième temps. — Le testicule est ensuite rentré dans sa loge scrotale et la plaie fermée par-dessus la portion du cordon qui n'ayant pas trouvé place dans la vaginale bombe dans l'incision.

Kyste hydatique du rein.

M. TUFFIER présente une malade opérée d'un *kyste hydatique du rein.* Il a réséqué la poche et laissé dans son intérieur un peu de solution de sublimé. Suturé la poche et rentré dans le ventre.

M. POUSSON. — L'année dernière, à propos d'une observation de néphrectomie chez une malade atteinte d'hématurie profuse, que je communiquai à la société, quelques-uns de mes collègues conçurent quelques inquiétudes sur l'avenir de mon opérée, et se demandèrent s'il n'aurait pas mieux valu différer l'opération. A ce moment, je leur répondis que s'ils avaient vu dans quel état les pertes de sang avaient plongé cette femme, ils n'auraient pas hésité à intervenir; aujourd'hui, j'ai la satisfaction de les rassurer complètement, en leur faisant savoir que la malade est vivante et a une santé florissante.

Présentation d'instruments.

M. Pousson présente divers instruments de chirurgie urinaire : 1° Un grand écarteur vésical à éclairage électrique pour la taille suspubienne. Cet écarteur, dont la double courbure est des-

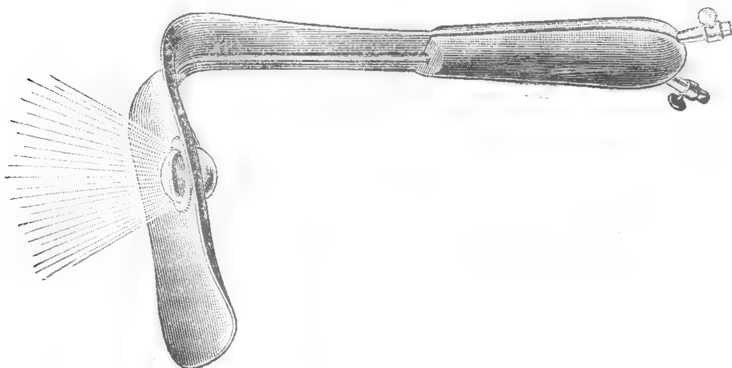


Fig. 1.

tinée à faciliter son maintien en place, est muni d'une lampe à incandescence enchâssée dans une cellule recouverte d'une len-

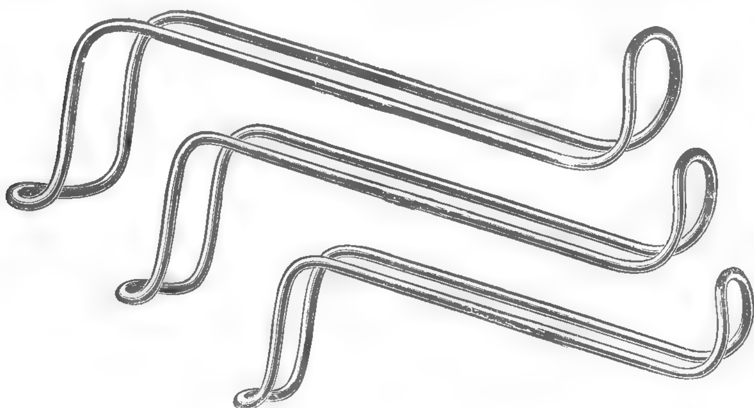


Fig. 2.

tille biconvexe de cristal épais, qui en augmente le pouvoir éclairant. La lampe ne faisant aucune saillie dans la vessie n'encombre pas le champ opératoire, et si le sang vient à obscurcir la lentille, il suffit de la frotter avec un tampon, sans risque de la briser, pour lui rendre sa transparence.

2° Des écarteurs ajourés, que le chirurgien bordelais croyait avoir inventés, mais qui sont d'un usage courant dans le service de M. Terrier, ainsi qu'il vient de l'apprendre. Ces écarteurs ont sur ceux employés jusqu'ici pour la chirurgie de la vessie cet avantage, c'est qu'ils étalent bien la muqueuse sans la cacher, de sorte

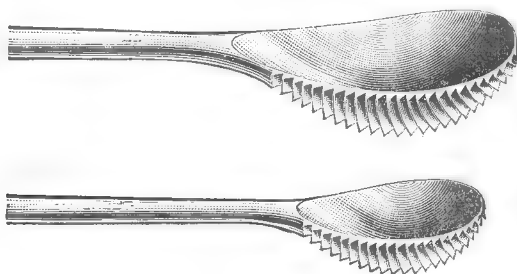


Fig. 3.

qu'il est possible de voir les lésions de cette dernière et de les traiter par les moyens reconnus nécessaires.

3° Des curettes-herses analogues à celles employées par les ophtalmologistes pour le traitement des granulations de la conjonctive. Ces curettes rendent de grands services pour dégager la muqueuse de la vessie dans les cystites chroniques, fongueuses, et s la tuberculose vésicale.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un travail du professeur Albert, sur *la scoliose, la coxa vara et la coxa valga*;

3° Une lettre de M. Guinard et une autre de M. Bazy, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

4° Un mémoire du Dr Séverin Robinsky : *Faut-il opérer ou non le cancer?*

A propos de la correspondance.

M. Schwartz présente une *opération de trépanation transmastoïdienne, pour un abcès cérébelleux*, par M. Le Guern (de Saint-Brieuc).

Remis à l'examen *d'une commission.* M. Schwartz, rapporteur.

M. Chauvel dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. le Dr Dubujadoux, médecin-chef de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie) :

1° *Quatre cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, avec perforation de l'intestin; laparotomie, trois guérisons;*

2° *Résection de l'épaule pour luxation ancienne.*

Envoyé à une commission. M. Chauvel, rapporteur.

M. Terrier dépose sur le bureau de la Société le livre qu'il a écrit en collaboration avec M. Raymond sur la *Chirurgie du poumon et de la plèvre.*

A l'occasion du procès-verbal.

Note sur la résection du scrotum dans la cure du varicocèle.

M. Lejars. — Pour faire l'excision très large du scrotum, je n'emploie ni clamps ni pinces. Après avoir fait tirer fortement le scrotum en avant, je passe une série de points en **U**, au catgut,

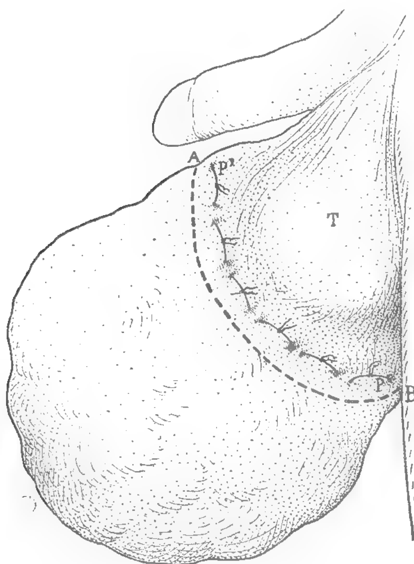


Fig. 1.

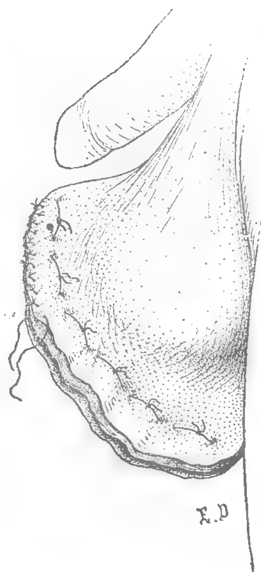


Fig. 2.

que je noue successivement en ligne arciforme ; puis je résèque le grand pli scrotal ainsi délimité, et il ne reste plus qu'à suturer régulièrement, encore au catgut, les deux tranches cutanées. Cette façon de faire, très simple, m'a donné, depuis plusieurs années, d'excellents résultats.

Discussion

Sur l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin.
(Suite.)

M. Ricard. — L'hystérectomie abdominale pour cancer utérin vient de sortir de l'oubli où l'avait justement fait tomber la mortalité effrayante de Freund. C'est une intervention qu'il faut à nouveau étudier et c'est à ce titre que je viens donner ici les documents qui me sont personnels.

J'ai jusqu'ici pratiqué neuf fois l'hystérectomie abdominale totale pour cancer, avec un décès, ce qui est un résultat heureux, car tous ces neuf cas ont été choisis parmi les plus mauvais, alors que le vagin et les ligaments larges étaient déjà envahis. C'étaient tous des cas inopérables par la voie vaginale. La malade qui a succombé avait un envahissement d'un des uretères qui dut être réséqué et abouché dans la vessie. Elle était cachectique, épuisée par des pertes incessantes; elle ne se releva pas de l'intervention et mourut vers le troisième jour.

Chez les autres, j'ai vu des résultats inespérés, de véritables résurrections. On doit donc dès maintenant poser en fait que l'opération n'est plus aussi meurtrière, puisqu'en cherchant les cas les plus mauvais, la mortalité que j'enregistre est de 1 sur 9.

Il serait prématuré pour moi de parler de l'efficacité thérapeutique, car mes cas les plus anciens remontent à peine à dix-huit mois. Sur les huit malades ayant supporté l'intervention, il y en a deux qui ont succombé dans les six mois, quatre autres opérées trop récemment pour que je puisse les faire entrer en ligne de compte, et enfin deux, l'une depuis quinze mois, l'autre depuis treize mois, sont en état de santé parfaite; et, lorsque je rappellerai que je refusai une première fois d'opérer l'une d'elles, parce que je la croyais hors d'état de supporter l'opération, on devra conclure que l'hystérectomie abdominale a une valeur thérapeutique indiscutable, puisqu'elle m'a donné deux survies déjà longues et avec un retour complet à la santé, dans des cas que nul chirurgien n'eût osé aborder par la voie vaginale.

Mais il convient d'avouer que la technique opératoire est particulièrement délicate, que l'utérus dans ces cas est difficilement mobilisable, profondément fixé par un vagin rétracté, des ligaments inextensibles, que les craintes d'infection sont grandes et que l'hystérectomie pour cancer constitue une des opérations difficiles de la chirurgie abdominale. Sans vouloir entrer davantage dans l'étude de cette question, que je dois reprendre devant

notre prochain congrès, je terminerai en disant que l'hystérectomie abdominale totale pour cancer est une opération logique et bonne, que son exécution est parfois difficile, mais que les résultats immédiats et consécutifs sont des plus encourageants. Les chirurgiens doivent donc revenir à cette opération et en étudier à nouveau les indications, la technique et les résultats.

M. PAUL SEGOND. — Depuis que les perfectionnements de la technique opératoire ont remis en faveur l'opération de Freund, le courant qui s'est établi en faveur de l'hystérectomie abdominale, dans le traitement du cancer de l'utérus, va grossissant chaque jour, et, pour un peu, si l'on s'en tenait à certains écrits, on arriverait bien vite à croire que le progrès réalisé est à ce point colossal que tout cancer utérin opéré par la voie haute, à temps et comme il convient, ou mieux comme il conviendrait, c'est-à-dire avec évidement lymphatique complet du pelvis, aurait, désormais, toutes les chances du monde de ne pas récidiver. Il y a donc bien là de quoi séduire les plus hésitants.

Toutefois, le contraste entre ce qui est et ce qu'on nous promet est si grand, qu'il est tout ou moins prudent d'y regarder à deux fois avant de se laisser convaincre et c'est pourquoi notre collègue, M. Picqué (1), a particulièrement bien choisi son heure en nous conviant à étudier avec lui la valeur comparée de l'hystérectomie vaginale et de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin. C'est, du reste, une question que je poursuis moi-même depuis un certain temps; la thèse récente de mon interne, M. Bigeard (2), en témoigne, et les faits qui la documentent, presque tous empruntés à ma pratique personnelle, sont, je crois, assez probants pour donner un peu de crédit aux opinions que je viens, à mon tour, vous soumettre, et qui sont, du reste, très voisines de celles qui ont été successivement défendues devant vous par nos collègues, Picqué, Reynier et Ricard. En peu de mots, permettez-moi donc de vous rappeler les raisons qui m'ont dicté les conclusions thérapeutiques consignées dans le travail que je viens de vous signaler.

Pour apprécier la valeur réelle de l'hystérectomie vaginale, les observations ne manquent pas. J'en possède pour ma part 95 personnelles et voici le jugement qu'elles m'ont inspiré sur l'ablation des utérus cancéreux par le vagin. Lorsqu'on hystérectomise alors que le cancer s'est plus ou moins étendu, soit au vagin, soit aux ligaments larges, le pronostic opératoire est déplorable et le

(1) Picqué. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1898, t. XXIV, p. 1188.
(2) Bigeard. Les hystérectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus, *Th. Doct.* Paris, 1899.

résultat thérapeutique ne vaut pas mieux. La récidive est fatale, et bien heureux doit-on se dire quand le bistouri n'active pas l'évolution du mal ou ne crée pas une fistule urinaire, uretérale ou vésicale impossible à réparer. La mortalité opératoire est, au contraire, à peu près nulle quand on opère à la période de début et, de plus, les résultats thérapeutiques, sans être brillants, ont cependant une certaine valeur. Les malades qu'il m'a été possible d'opérer dans ces conditions en témoignent. Trois d'entre elles n'ont récidivé que de la troisième à la septième année, et j'en observe neuf autres qui sont encore indemnes de toute récidive apparente. Cinq sont opérées depuis plus de deux ans; deux depuis près de cinq ans et deux depuis plus de neuf ans. Pour un total de quatre-vingt-quinze opérées, c'est, à la vérité, peu, mais c'est tout de même quelque chose quand on songe que, de par leur maladie, ces quatre-vingt-quinze femmes étaient toutes condamnées à mort (1).

Ces réflexions s'appliquent aussi bien aux cancers du corps qu'aux cancers du col, avec cette restriction toutefois que dans les cancers du corps, même bien mobiles et sans extension extra-utérine, deux conditions sont encore indispensables pour que l'hystérectomie vaginale demeure une bonne opération. Il faut, d'une part, que la tumeur soit assez petite pour que son extraction n'exige pas un morcellement trop complexe, et par conséquent compromettant au point de vue des inoculations pelviennes; et, d'autre part, quel que soit le volume de la tumeur du corps, il ne faut pas qu'elle se complique de ramollissement du col ainsi que cela se voit très souvent. Dans ces deux cas, l'hystérectomie vaginale est toujours difficile et dangereuse.

Abstraction faite de ces deux contre-indications, l'appréciation que je donnais il y a un instant sur les résultats généraux de l'opération n'en demeure pas moins juste. Il ne me semble donc pas douteux que les états de service actuels de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin, pour médiocres qu'ils soient, n'en suffisent pas moins à la garantir de l'ostracisme dont elle est, paraît-il, menacée.

Quand elle est bien indiquée, et, je tiens à le répéter, elle ne peut l'être que pour les cancers limités à l'utérus, sans aucun envahissement cliniquement appréciable, des ligaments larges

(1) La statistique à laquelle j'emprunte ces quelques chiffres a été publiée dans tous ses détails par Bigeard. Il est donc inutile de la reproduire ici. J'observerai seulement que dans ces 95 cas de cancers comprenant 70 cancers du col et 25 cancers du corps le diagnostic a toujours été vérifié au microscope et que, notamment pour les cas cités comme des guérisons, l'examen a toujours été fait, soit par le professeur Cornil lui-même, soit par des histologistes de compétence indiscutable.

ou du vagin, c'est, en somme, une opération simple et bénigne qui donne, par exception, des survies assez longues pour faire tout au moins croire à la guérison vraie, et qui, dans nombre de cas, mérite d'être considérée comme la meilleure des opérations palliatives, puisque, pour un temps souvent assez long, elle donne aux malades la parfaite illusion de la guérison.

Faudrait-il donc renoncer à ce mode d'ablation pour lui préférer l'hystérectomie abdominale toujours et quand même? Je ne le crois pas, et si mes observations personnelles de cancers utérins traités par laparotomie sont, à coup sûr, trop peu nombreuses pour légitimer ce doute (elles se réduisent aux cinq faits publiés par Bigeard), je n'en demeure pas moins convaincu, de par ce que j'ai vu ou lu, qu'il répond à la vérité.

Que disent en effet les gynécologistes décidés à enlever tous les utérus cancéreux par le ventre, sans plus jamais recourir à l'hystérectomie vaginale? Leurs arguments sont au nombre de trois. Ils observent d'abord que les perfectionnements actuels de l'hystérectomie abdominale en ont fait une opération dont la gravité n'est pas beaucoup plus grande que celle de l'hystérectomie vaginale. J'en sais même qui ne craignent pas d'affirmer qu'elle est plus bénigne. Ils font, en outre, valoir cet argument, très séduisant, que la laparotomie permet seule de faire une toilette lymphatique complète du petit bassin et d'enlever, avec l'utérus, tous les ganglions infectés. Prenant enfin leurs espérances pour des réalités, ils déclarent, d'ores et déjà, que l'opération, pratiquée dans ces conditions, augmente dans une proportion des plus notables les chances de guérison définitive.

Or, à mon sens, l'analyse des faits jusqu'ici publiés, aussi bien que nos connaissances sur l'anatomie des lymphatiques pelviens, permettent d'affirmer que, pour l'instant, cette argumentation reste presque tout entière d'ordre purement théorique. En effet, s'il est vrai qu'une hystérectomie abdominale, terminée sans difficulté particulière, peut être aujourd'hui considérée comme presque aussi bénigne qu'une hystérectomie vaginale, j'imagine qu'il serait au moins osé d'en dire autant d'une hystérectomie abdominale complétée par l'éradication complète de tous les lymphatiques pelviens. Et cependant, qu'on ne l'oublie pas, cette toilette pelvienne, facilitée ou non par des ligatures comme celles des hypogastriques est la condition *sine qua non* de toute ablation dite radicale. Il en résulte que l'assertion première des laparotomistes exclusifs est sûrement erronée. L'opération, faite comme elle doit l'être pour remplir le programme annoncé, est plus grave que l'hystérectomie vaginale.

Peu importe, du reste, et cette gravité plus grande serait tout à

fait négligeable si nous avions, en compensation, la réelle possibilité d'enlever, avec l'utérus cancéreux, tous les ganglions compromis, aussi bien qu'on peut le faire, par exemple, dans une ablation du sein avec toilette axillaire. Mais c'est précisément là que l'hystérectomie abdominale manque à toutes ses promesses. Car le fait est trop clair et plus que démontré pour les anatomistes : quels que soient les perfectionnements du manuel, si minutieuse que soit la recherche des ganglions suspects, il n'est pas un opérateur qui les puisse enlever tous et justifier ainsi par la perfection du résultat la gravité certaine de ses manœuvres. Et voilà pourquoi la deuxième raison invoquée à l'actif de l'hystérectomie abdominale n'est pas autre chose qu'une vue théorique. Quant aux allégations concernant la supériorité des résultats thérapeutiques, il se peut que l'avenir les confirme plus ou moins, mais, à cette heure, elles attendent, toutes, leur démonstration.

Nous voilà donc assez loin des merveilles promises, et la vérité d'aujourd'hui, c'est que, dans le traitement du cancer utérin envisagé d'une manière générale, l'hystérectomie abdominale ne donne encore que des résultats bien voisins de ceux de l'hystérectomie vaginale. Très meurtrière et parfaitement impuissante quand elle s'adresse à des cancers avancés, elle ne présente, tout comme l'hystérectomie vaginale, des avantages réels de sécurité et d'efficacité, que pour les cancers pris à leur période de début, alors qu'ils sont encore cantonnés à l'utérus lui-même, sans aucune trace appréciable de propagation.

Est-ce à dire que les cancéreuses utérines n'aient pas à bénéficier des perfectionnements techniques actuels de l'hystérectomie abdominale? En aucune manière, et pour n'avoir point les proportions étonnantes dont parlent certains gynécologistes, le progrès n'existe pas moins, et le voici : c'est que, dans certains cas déterminés, l'hystérectomie abdominale doit être toujours préférée à l'hystérectomie vaginale. A celle-ci reviennent tous les cancers du col et les cancers du corps assez petits pour être enlevés sans risque de contamination péritonéale.

C'est à l'hystérectomie abdominale qu'il faut au contraire recourir pour tous les cancers du corps, compliqués de ramollissement du col, ou trop gros pour passer par le vagin sans morcellement de quelque importance.

Et je tiens à le répéter encore une fois, qu'il s'agisse de cancer du col ou de cancer du corps, qu'on opte pour l'hystérectomie abdominale ou pour la vaginale, les indications de l'ablation totale n'ont jamais raison d'être que si le cancer est encore cantonné à l'utérus. Bigeard a très judicieusement insisté sur ce point Reprenant cette idée déjà émise par Cittadini : que, dans les

amputations vaginales partielles, le dôme utérin respecté peut opposer « une barrière moins vite franchie à l'extension de la récidive dans le sens nuisible », il montre à son tour, en termes fort clairs, comment la conception d'un dôme pelvien protecteur donne à la fois une explication plausible des belles survies conférées par les amputations partielles et une preuve nouvelle de cette vérité pratique, si capitale, qu'en présence d'un cancer qui n'est plus cantonné dans l'utérus lui-même, le plus sage est pour l'instant, de recourir au traitement palliatif et de renoncer à toute tentative de cure radicale. Ceci soit dit aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour la vaginale.

Telles sont les idées générales sur lesquelles je guide ma pratique. Leur exposé montre qu'à l'instar de plusieurs d'entre vous, je reconnais les avantages possibles de l'hystérectomie abdominale, mais à la double condition de bien spécifier que l'hystérectomie vaginale, pratiquée à propos, ne cesse pas pour cela d'être une bonne opération, et de ne point se laisser aller à croire que les perfectionnements actuels de l'hystérectomie abdominale aient, hélas! beaucoup modifié le pronostic lamentable de nos interventions contre le cancer utérin.

A propos du manuel des deux opérations, je rappelerai seulement combien il est utile de prendre les précautions voulues pour préserver le péritoine ou les surfaces cruentées de tout contact avec la substance cancéreuse. En cas d'hystérectomie abdominale, j'enlève donc toujours l'organe en bloc par la méthode américaine, et lorsque vient le temps de la préhension du col, je veille à ce que les liquides ou la bouillie sanieuse qui viennent parfois sourdre à son niveau ne puissent rien contaminer. C'est dans le même but qu'en pratiquant l'hystérectomie vaginale par la méthode de Péan, je ne procède jamais à l'extraction proprement dite de l'organe qu'après avoir très complètement curetté et détruit tout ce qui est friable et suspect.

M. Terrier. — Je tiens à répondre quelques mots aux deux communications que vous venez d'entendre.

A M. Ricard, je dirai que, dès 1896 — au mois d'octobre, — je fis une hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus, opération suivie d'un succès opératoire.

D'octobre 1896 à octobre 1897, j'opérai pour la même cause et par le même procédé 4 malades, et j'eus 4 succès opératoires.

Enfin d'octobre 1897 à octobre 1898, je fis encore 4 opérations d'hystérectomie abdominale totale pour cancer, mais je fus moins heureux et je n'eus que 2 succès et 2 morts.

En fait, au 22 octobre 1898, j'avais pratiqué 9 hystérectomies abdominales totales, pour carcinome de l'utérus, et j'avais eu 7 succès et 2 morts, statistique inférieure à celle que vient de vous donner mon collègue, M. Ricard.

Depuis cette date, j'ai fait encore des opérations d'hystérectomie totale pour cancer; elles seront publiées, comme les autres, au Congrès de chirurgie prochain, c'est-à-dire en octobre.

Dans mes opérations, je ne fis pas cette toilette, d'ailleurs incompréhensible, du bassin, dont vient de parler M. Segond. Je me suis efforcé d'enlever tout le tissu malade, qui souvent s'étendait jusqu'au vagin; parfois je pus extirper quelques ganglions cancéreux, mais quant à la dissection des vaisseaux lymphatiques et à leur enlèvement, je me déclare trop peu anatomiste et trop chirurgien pour la tenter, voire même pour y songer sérieusement.

Donc, rien d'étonnant, d'extraordinaire, de surprenant, etc., etc., dans ma manière de faire qui, d'ailleurs, est aussi celle de mon collègue Ricard.

Rappelons seulement que trop souvent il nous a fallu réséquer le vagin, envahi par la néo-formation, ce qui est une difficulté de plus et une complication immédiate de l'intervention.

Et cependant les résultats sont bons, étant donnés les quelques chiffres publiés par Ricard et par moi. Ils sont même parfois étonnants.

N'acceptant pas cette sorte de muraille de Chine, dans laquelle M. Segond veut enfermer l'opération de l'hystérectomie vaginale et abdominale, je vous citerai l'exemple d'une dame, femme d'un ingénieur, qui mourante d'hémorragie, fut opérée malgré un notable envahissement du vagin.

Les suites immédiates furent très bonnes : plus d'hémorragies actuellement, et cependant la lésion a récidivé bien vite, puisqu'il y a une fistule recto-vaginale. Or, sans l'opération, cette malade succombait en quelques semaines, et elle est opérée depuis plusieurs mois. J'ai donc bien fait d'intervenir, quoi qu'on puisse dire, en s'appuyant sur des règles contestables.

Mais M. Segond, élargissant la discussion, a abordé la question de la récidive. Déjà j'en ai dit un mot au Congrès de chirurgie dernier.

A ce point de vue, les résultats ultérieurs sont déplorables, et l'hystérectomie abdominale totale n'a pas beaucoup gagné sur l'hystérectomie vaginale que j'ai défendue jadis, dans cette Société, contre le professeur Verneuil.

Oui, ici encore, et surtout dans le cas où le vagin est envahi, les récidives sont rapides le plus souvent; je n'ai pas entre les

mains ma statistique à cet égard, mais je puis vous dire qu'elle est mauvaise. D'ailleurs, diffère-t-elle tant que cela des statistiques de l'hystérectomie vaginale, voire même de l'hystérectomie partielle (ablation du col malade)?

Messieurs, je ne le crois pas. Qu'on fasse l'ablation du col, comme Verneuil, l'ablation vaginale de l'utérus comme je l'ai défendue ici avec Richelot, ou bien l'ablation totale abdominale, les résultats ne sont pas brillants. Par ces divers procédés, les chirurgiens accusent des succès durables, des survies de 6, 7, 10 années. Hélas! Messieurs, je crains bien qu'ils ne s'illusionnent.

Pour moi, j'ai toujours constaté une récidive, plus ou moins rapide, plutôt plus que moins. Je sais bien que dans quelques cas, pour la simple ablation du col soi-disant épithéliomateux, on aurait eu des guérisons; j'en ai une :

Il s'agissait de la sœur d'un des membres de la Société, une petite portion du col avait été enlevée et examinée par mon excellent et savant collègue de la Faculté, le professeur Cornil, que M. Segond vient de citer. Or, il trouva une lésion suspecte; on fit l'ablation du col; celui-ci à un autre examen parut sain, et la malade est encore guérie; il y a déjà dix ans de cela.

Passons à l'hystérectomie vaginale. Je recois d'une dame de province, et très régulièrement tous les ans, des nouvelles pour une hystérectomie vaginale que je crus faire pour carcinome. La pièce examinée montra qu'il s'agissait d'une forme de métrite parenchymateuse; il y a de cela aussi huit ou dix ans et ma malade est bien guérie.

Je n'ai pas encore trouvé de guérison analogue pour mes opérées d'hystérectomie abdominale totale, parce que, toujours, il s'agissait bien de carcinome.

Dans un cas cependant, il n'y avait qu'une petite lésion du col — c'était un sarcome déjà enlevé —; je fis l'hystérectomie abdominale totale — et j'eus une récidive rapide dans la cicatrice. On ne pouvait faire intervenir des ganglions laissés en place car il s'agissait d'un sarcome.

En résumé, Messieurs, les résultats primitifs fournis par l'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin sont assez bons. Mais les résultats ultérieurs sont déplorables, quoi qu'on dise, et cependant, je n'hésiterais pas à rejeter l'ablation du col épithéliomateux, encore proposée par M. Segond, pour lui substituer l'hystérectomie abdominale totale, guidé en cela par ce fait que plus l'ablation du cancer est large, plus la récidive paraît devoir être éloignée. C'est au moins classique, est-ce vrai?

M. Poirier. — J'ai entendu avec surprise M. le Pr Terrier nous dire qu'il considérait les cas de guérison de cancer, après opération, comme résultant d'une erreur d'interprétation histologique ; en d'autres termes : si la guérison se maintient, s'il n'y a pas récidive, c'est que l'on s'est trompé dans l'examen histologique et qu'il n'y avait point cancer.

L'assertion est de valeur, étant donnée la longue expérience du Pr Terrier.

Cependant, nous avons tous, je crois, enregistré des cas de cancer, bien constatés, et qui n'ont point récidivé après opération. Je ne puis rien dire des cancers de l'utérus, n'en ayant opéré que deux par hystérectomie abdominale totale, avec ablation des ganglions iliaques. Mais, pour les épithéliomas de la peau, la guérison par opération est souvent définitive. Dans les cancers du sein, on l'observe quelquefois : j'ai présents à la mémoire, en ce moment, trois cas de cancer non douteux, dans lesquels la guérison se maintient depuis neuf, sept et six ans; or, dans les trois cas, j'avais noté les signes cliniques du cancer, y compris la dégénérescence des ganglions axillaires, et, dans les trois cas, l'examen histologique pratiqué par Pilliet dit épithélioma. Je revois de temps en temps ces malades, et je les suis avec grand intérêt.

Jusqu'à preuve du contraire, je continuerai de penser que l'épithéliomia est, dans nombre de cas, et pendant un certain temps, une affection ou infection locale, et que, si l'on enlève largement le mal, y compris le territoire ganglionnaire correspondant, on a au moins quelques chances d'une guérison durable, sinon définitive.

M. Terrier. — J'estime que la récidive est constamment la règle à la suite des interventions pour cancer. Les cas de guérison permanente sont pour moi des erreurs de diagnostic.

Présentations de malades.

Hernie inguinale pro-péritonéale, étranglée, du type pelvien. Laparotomie. Guérison.

M. Lejars. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade, que j'ai opéré d'une hernie pro-péritonéale, de variété rare.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui est entré dans mon service, à la Maison Municipale de Santé, le

24 avril dernier, avec tous les phénomènes de l'occlusion intestinale et dans une situation des plus alarmantes; les accidents dataient de quatre jours; notre malade, qui, depuis quelque temps, était habituellement constipé, avait été pris assez brusquement de douleurs vives, irradiées à tout le ventre, sans localisation spéciale. Il avait dû s'aliter, et, très vite, l'abdomen s'était ballonné, des vomissements étaient survenus, selles et gaz étaient suspendus. Pourtant, un lavement avait été suivi, le premier jour, de l'expulsion de quelques matières.

L'état général s'était rapidement aggravé, et, dans la nuit du 23 au 24, le médecin avait constaté, avec un accroissement marqué du météorisme, une dépression et un abattement profonds : les douleurs étaient atroces, la température à 38°5; un nouveau lavement resta sans aucun effet. Le matin du 24, le météorisme augmente encore, la température est à 39 degrés, les vomissements se répètent, brunâtres, sales, sans être nettement fécaloïdes.

Ce fut dans ces conditions que le malade entra à la Maison de Santé. Le facies était tiré, terreux, de très mauvais aspect; la peau était marbrée par places de ces teintes rougeâtres qui sont toujours de vilain augure; le pouls, très petit, à 120, le ventre, uniformément ballonné, tendu, à plein, et en donnant à la main, sur toute sa surface, la même sensation de réplétion complète; il était aussi douloureux partout. Cependant le palper réveillait une douleur plus vive dans la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale; dans cette même zone, la tension paraissait un peu plus prononcée : mais il n'y avait là que des nuances, et qui ne prenaient un certain intérêt qu'en les rapprochant de ce fait, que, du même côté, le malade accusait une pointe de hernie inguinale; le canal inguinal était effectivement large et perméable, bien qu'il fût entièrement vide.

Donc, si nous pouvions émettre l'hypothèse d'une hernie profonde, de type anormal, le seul diagnostic pratique était, en réalité, celui d'étranglement interne, et le seul parti à prendre était de faire le plus tôt possible la laparotomie. Encore l'existence d'une fièvre assez élevée, la tension en masse et la sensibilité diffuse du ventre, la douleur de la fosse iliaque droite, l'évolution un peu étrange des accidents, et aussi le manque de renseignements très précis (le malade et ses proches parlant très peu le français), ces divers éléments réunis n'étaient-ils pas sans nous laisser quelque arrière-pensée sur la possibilité d'une péritonite diffuse, d'origine appendiculaire.

De toute façon, il était grand temps d'intervenir. Je pratiquai la laparotomie médiane sous-ombilicale, après une éthérisation très prudente; dans le sommeil, la zone de tension, plus accusée,

que j'avais cru reconnaître au-dessus de l'arcade crurale, non loin de la ligne médiane, devint un peu plus nette. Une fois le péritoine ouvert, il s'écoula une petite quantité de liquide rougeâtre, sanglant, et je me trouvai en présence d'une série d'anses grêles distendues, sans fausses membranes, sans indices de péritonite. Il s'agissait bien d'un étranglement interne.

Après avoir fait rétracter ces anses par mon interne, M. Couderc, sous une grande compresse, je portai la main vers la région inguinale droite, et je constatai sans peine que rien ne pénétrait dans le trajet inguinal; mais, au cours de cette exploration, je remarquai une anse double, en canon de fusil, dont les deux bouts, de coloration plus foncée que le reste de l'intestin, plongeaient en bas et en dedans, obliquement, vers le bassin, et ne se laissaient pas relever et rétracter; ils semblaient fixés, immobilisés à leur extrémité inférieure.

En les suivant de haut en bas, je parvins bientôt sur l'obstacle; je découvris, d'abord, au doigt, puis j'amenai sous mes yeux une sorte d'anneau fibreux circulaire, blanc, dur, qui enserrait les deux bouts de l'anse; au-dessous, on apercevait le relief d'une poche sacculaire, dont cet anneau figurait l'entrée. Il était tourné en dehors et surtout en haut; de plus, il était notablement distant de l'anneau inguinal interne, situé à 2 centimètres au moins au-dessous et en dehors de lui.

Après avoir cloisonné par des compresses le foyer ambiant, je réussis à faire passer l'extrémité des ciseaux courbes au-dessous de l'anneau circulaire, puis à le débrider, en le soulevant, sur une longueur de 10 à 12 millimètres; le doigt acheva de l'érailler et de l'ouvrir, et je tirai au dehors une anse noirâtre, épaissie, marquée d'une encoche demi-circulaire profonde, au niveau du collet d'incarcération; avec l'intestin, une notable quantité de sang noir s'échappa du sac que je venais de vider.

Malgré sa coloration, l'anse ne présentait pas de lésions graves; elle reprit une teinte plus vive, ses deux extrémités se dilatèrent : en somme, elle nous parut bien vivante. Après l'avoir soigneusement détergée aux compresses sèches, je l'abandonnai, puis je m'occupai du sac.

Ce sac figurait un diverticule cylindroïde, dilaté et ampoule à son extrémité, dans lequel le doigt pénétrait de 7 à 8 centimètres; il se dirigeait obliquement en bas, en dedans et en avant, derrière la paroi antérieure du bassin.

Je ne cherchai pas à l'isoler et à l'extraire; le temps pressait, et, bien que l'intervention eût à peine dépassé vingt minutes, j'avais dû faire suspendre l'anesthésie et faire commencer, au bras, une injection sous-cutanée de sérum artificiel. Je pris le parti

plus rapide de fermer le sac, en capitonnant le collet; après avoir asséché et frotté avec un petit tampon la paroi interne du diverticule, j'obturai l'orifice débridé, en adossant les deux lèvres par une double série de points en U, au catgut.

Ceci fait, je m'empressai de terminer l'opération, en réunissant la plaie abdominale.

Mon malade a guéri sans incident. Il a repris ses travaux, et vous pouvez constater que sa cicatrice est bonne. Il conserve seulement une pointe de hernie inguinale, que je me réserve de traiter ultérieurement, s'il y a lieu.

J'ai donc eu affaire, ici, à une hernie étranglée intra-abdominale, à proprement parler, à une hernie inguinale pro-péritonéale, de variété pelvienne : le collet du sac anormal restant à une certaine distance en dedans de l'anneau inguinal interne, et celui-ci descendant obliquement en bas et en avant dans le bassin, derrière la paroi pelvienne antérieure. Ce type de hernie pro-péritonéale est rare; d'ailleurs, en pratique, ces hernies étranglées anormales se présentent comme de véritables occlusions intestinales et doivent être traitées comme telles.

Tumeur ostéo-cartilagineuse de la colonne vertébrale.

M. Walther. — La malade que je vous présente a été opérée il y a seize jours, le 3 juillet, pour une tumeur de la colonne vertébrale, tumeur volumineuse, développée aux dépens des apophyses épineuses et des lames droites de toutes les vertèbres comprises entre la 5e cervicale et la 4e dorsale.

Les suites de l'opération furent simples et, comme vous pouvez le voir, la cicatrice est aujourd'hui souple (seizième jour), les muscles paraissent avoir repris leurs fonctions, les mouvements de la tête et du cou sont absolument libres.

Je vous présente encore la tumeur, qui offre comme vous pouvez le voir, un mélange d'os et de cartilage. Je déposerai l'observation complète lorsque l'examen histologique de la tumeur sera terminé.

Fracture longitudinale de l'extrémité inférieure du tibia et fracture du péroné au-dessus de la malléole externe. Radiographie.

M. Chaput. — Le 17 mai dernier, le nommé Émile S..., âgé de quarante-six ans, est tombé d'un échafaudage, de la hauteur de deux étages environ. Sa chute fut amortie par ce fait qu'il se

raccrocha en partie à des poutres avant d'arriver à terre. Il tomba sur la jambe droite étendue et verticale. Il ne put se relever seul et ne put marcher. On l'amena immédiatement à l'hôpital.

A l'entrée, le malade se plaint de douleurs très violentes dans la région du pied et du cou-de-pied. (Cette douleur persista pendant quelques jours, provoquant l'insomnie.)

Le soir de l'entrée, la température s'élève à 38 degrés pour ensuite redescendre au-dessous de 37 degrés.

Signes physiques. — Il existe un gonflement considérable, surtout sur le dos du pied et dans la région des malléoles. Ce gonflement œdémateux laisse transparaître une coloration violacée indiquant qu'il s'agit là d'un épanchement sanguin abondant.

Le gonflement s'étend en diminuant sur la moitié inférieure de la jambe. Pas de déviation du membre ni de raccourcissement.

L'exploration du tibia par la pression en révèle l'intégrité; la malléole interne n'est pas douloureuse; elle paraît élargie.

Il existe un point douloureux très net à 4 ou 5 centimètre au-dessus de la pointe de la malléole externe.

On constate le choc astragalien. Dans cette recherche, le pied subit un transport en masse très étendu, comme si la mortaise tibiale était très élargie ou l'astragale très diminué de largeur.

La pression sur le calcanéum est très douloureuse (de bas en haut et latéralement); toutefois, l'os ne paraît pas augmenté de volume. L'exploration de l'astragale à travers les parties molles ne provoque pas de douleur nette ni ne révèle de saillies anormales ni de crépitation.

Les mouvements spontanés et provoqués sont très douloureux.

En présence de ces symptômes : chute sur le talon, douleur à la pression de bas en haut sur le calcanéum, épanchement sanguin considérable du dos du pied, mouvements latéraux très étendus du pied, je soupçonne un écrasement de l'astragale compliquant une fracture du péroné et je fais radiographier le malade.

La radiographie nous montre une fracture oblique au-dessus de la malléole externe.

L'extrémité inférieure du tibia est très élargie; elle mesure 6 centimètres au lieu de 3 cent. 1/2 (normalement); il s'en détache, en dehors et en arrière, une sorte d'apophyse très saillante en arrière et s'étendant un peu plus bas que le bord antérieur de la mortaise tibiale.

Un trait de fracture presque vertical part du bord postérieur de la diaphyse du tibia et aboutit à égale distance entre les bords antérieur et postérieur de la mortaise tibiale.

Il existe donc un fragment détaché du tibia mesurant 6 centimètres de hauteur, terminé en haut par un angle très aigu et mesurant 3 centimètres de largeur à sa base. Ce fragment paraît constitué par la partie externe du bord postérieur de la mortaise tibiale. Ce bord paraît considérablement hypertrophié, au point qu'il ressemble à une véritable apophyse.

Le membre fut placé pendant quarante jours dans un appareil plâtré. Il en est sorti récemment, et l'on constate que l'extrémité inférieure du tibia paraît notablement augmentée de volume, en particulier la malléole interne.

Les fonctions du membre s'exécutent aussi bien que le comporte l'immobilisation prolongée à laquelle le malade a été soumis jusqu'à ces jours derniers.

Réflexions. — La lésion constatée par la radiographie nous explique parfaitement les symptômes qui avaient immédiatement attiré notre attention, en particulier la douleur à la pression sous le calcanéum, l'épanchement sanguin énorme du dos du pied et le ballottement considérable dans la mortaise élargie.

Il est probable que cette lésion (fracture verticale du tibia) n'est pas exceptionnelle, car Verneil, Polaillon et d'autres encore ont noté ordinairement dans les résections pour fractures vicieuses du cou-de-pied l'existence d'un troisième fragment tibial; ce fragment paraît être le même que le nôtre.

Il est très possible que cette fracture verticale du tibia se consolide difficilement, et, dès lors, on comprendrait facilement comment un membre sorti bien droit de l'appareil plâtré se dévierait ensuite au point de nécessiter une résection.

Il me paraît évident que, chez mon malade, l'extrémité inférieure du tibia a subi une augmentation de volume considérable qui a facilité la fracture : 1° en raréfiant le tissu osseux ; 2° en rendant saillant, en forme d'apophyse, l'extrémité externe du bord postérieur de la mortaise tibiale.

L'hypertrophie manifeste de la malléole interne et de l'extrémité inférieure elle-même plaide dans le même sens.

Otite et mastoïdite chroniques, avec abcès extra-dural de la fosse cérébelleuse. Opération par voie mastoïdienne. Guérison.

M. A. Broca. — J'ai l'honneur de présenter à la Société en général, et à M. Picqué en particulier, une enfant guérie d'un abcès de la fosse cérébelleuse, après opération par voie mastoïdienne

que j'appellerai « procédé transmastoïdien total de Mignon » si cela fait plaisir à notre collègue.

P... (Germaine), âgée de sept ans et demi, est une enfant débile qui, sans maladie causale caractérisée, est atteinte depuis plusieurs années d'une otorrhée bilatérale. L'écoulement est à droite très peu abondant et intermittent ; à gauche, il est plus abondant. Le traitement n'a jamais consisté qu'en des lavages d'oreille.

Aucun incident n'avait marqué la marche des lésions lorsque, dans les derniers jours de février 1899, commencèrent des douleurs dans l'oreille gauche et des maux de tête ; néanmoins, l'enfant alla en classe jusqu'au 4 mars ; le 6 mars, un lundi, elle dut rester couchée, souffrant de céphalée frontale ; le 7 mars, les maux de tête sont plus violents, tout essai d'alimentation amène des vomissements, et, dans la soirée, le père constate qu'il y a de la perte de l'équilibre dans la station debout. C'est dans ces conditions que, le 9 mars, l'enfant me fut adressée à l'hôpital Trousseau par le Dr Bresset.

Je constatai un écoulement abondant et fétide par l'oreille gauche ; la région temporo-mastoïdienne était œdémateuse, avec rougeur et douleur rétro-auriculaires ; le pavillon était repoussé en avant, mais je ne sentis pas de fluctuation dans l'empâtement. Il n'y avait plus de vomissements depuis quelques heures, mais la céphalée frontale persistait et la malade, mise debout, avait une démarche indécise, titubante. Température, 38°4.

Quoique la céphalalgie fût frontale et non occipitale, j'en avais assez pour diagnostiquer un abcès intra-cranien de la fosse cérébelleuse, et j'entrepris l'opération, bien décidé à entrer dans cette fosse, à aller au besoin jusqu'au cervelet. J'estime, en effet, que les troubles de l'équilibre ont une valeur diagnostique considérable, et ils ont à mes yeux bien plus d'importance que la symptomatologie complexe, mais un peu diffuse, dont M. Picqué nous a entretenus. L'événement m'a donné raison, car je dus ouvrir de parti pris la cavité cranienne.

L'enfant avait été apportée à l'hôpital à midi, au moment où je quittais le service. Comme le cas me parut urgent, je revins pour opérer à 2 heures de l'après-midi. Dès que j'eus incisé les parties molles, un jet de pus sous forte pression me jicla à la figure, pus aussi fétide que celui de n'importe quelle appendicite. Par le procédé habituel, j'ouvris l'antre, les cellules apophysaires, la caisse, tous remplis de pus, et, cela fait, je constatai qu'il y avait sûrement de l'ostéite du rocher vers l'oreille interne, mais nulle part un pertuis, un point ramolli attaqué à la curette ne me conduisit à la dure-mère. Comme les symptômes me paraissaient suffisants pour

justifier l'exploration de la fosse cérébelleuse, je la fis selon les règles que j'ai cherché à faire prévaloir devant vous.

En quelques coups de burin, je mis à nu le sinus, puis, comme les lésions me semblaient provenir plutôt de l'oreille interne, j'attaquai d'abord à la pince-gouge la face postérieure du rocher, en avant et au-dessus du coude du sinus. En deux ou trois coups j'entrai ainsi dans un abcès extra-dural, gros environ comme une noisette ; j'abrasai l'os dans toute l'étendue de la collection pour la mettre largement à jour, et, au fond, je vis nettement la dure-mère jaunâtre, mais non perforée.

Tamponnement iodoformé.

Le 9 mars, la température fut de 37°2 le matin, 37°8 le soir. La céphalalgie avait diminué, les vomissements avaient cessé. Le pouls resta à 120.

L'amélioration fut rapide, quoique, jusqu'au 14 mars au soir, la température vespérale ait oscillé entre 38 degrés et 38°5. A partir du 15 mars, matin et soir le thermomètre marqua 37°2 et, le 18 mars, l'enfant quittait l'hôpital en fort bonne voie de guérison.

Depuis, elle a été pansée régulièrement par le Dr Bresset, et hier elle est venue me voir, entièrement cicatrisée, avec une cavité rétro-auriculaire largement béante, pouvant contenir à peu près un pois chiche. L'écaille occipitale est absolument intacte, et je crois que vous trouverez, comme moi, que c'est un avantage important du procédé que je préconise.

Cerclages de la rotule. — Radiographies.

M. Berger présente trois malades (avec leurs radiographies) auxquels il a fait des *cerclages de la rotule;* les deux premiers ont leur extension complète, ils ont monté l'escalier sans qu'on puisse voir quel avait été le membre blessé. Au troisième, j'ai fait le cerclage avec un fil de platine.

Présentation d'une radiographie.

M. Loison présente une série de radiographies représentant un *ostéome du brachial antérieur*, avec luxation irréductible du coude en arrière datant de trois mois, extirpation de l'ostéome, résection de l'extrémité inférieure de l'humérus.

(*Remis à l'examen d'une Commission*). M. Picqué, rapporteur.

Présentation de pièces.

Fracture du col anatomique avec luxation ou glissement de la tête humérale dans l'aisselle.

M. Robert. — La pièce que nous avons l'honneur de vous présenter est une tête humérale provenant d'un officier qui, monté à tricycle, le 28 mai 1899, a été projeté sur l'épaule gauche. Examiné trois heures après l'accident par les internes de l'hôpital de la localité, il fut considéré comme atteint de luxation de l'épaule et dut subir des tentatives réitérées de réduction, suivant le procédé de Kocher. Le membre supérieur fut immobilisé, puis, après plusieurs séances de massage, le malade fut envoyé aux eaux de Bourbon l'Archambault. La réduction incomplète ayant été constatée, cet officier fut dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce le 11 juillet, c'est-à-dire quarante-huit jours après son accident.

Etat actuel. — Impotence absolue du bras gauche, douleurs et fourmillements fréquents à l'extrémité des doigts, abduction limitée à 45 degrés, le coude peut être rapproché au contact du tronc, mouvements de flexion antérieure, de propulsion du bras possibles, mais douloureux; moignon de l'épaule affaissé, légère dépression au-dessous de l'acromion; on reconnaît en outre que l'extrémité supérieure de l'humérus ne présente pas sa conformation régulière; il semble que la tête en soit détachée et se trouve au-dessous de l'apophyse coracoïde; la palpation du creux de l'aisselle ne permet pas d'arriver jusqu'à elle, le muscle pectoral étant très développé.

Le diagnostic de fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation sous-glénoïdienne de la tête humérale est confirmé par l'épreuve radiographique qui, bien que peu nette, fait voir que la tête est située au-dessous du trait de fracture et dans la profondeur de l'aisselle.

Hier, 18 juillet, après chloroformisation, incision dans le sillon pectoro-deltoïdien, mise à nu de l'extrémité supérieure de l'humérus qui présentait en dedans un cal épais, séparé par un sillon disposé verticalement, suivant l'axe de la gouttière bicipitale. Après rugination de cette portion du cal et dislocation du trait de la fracture, nous parvenons à enlever quelques fragments et à libérer complètement la partie interne et supérieure de l'humérus, mais l'incision et le dégagement de la capsule ne permettent pas de saisir la tête que l'on aperçoit au travers de la boutonnière formée par le tissu fibreux résistant et le paquet vasculo-nerveux. En présence de cette difficulté, nous nous

décidons, suivant l'exemple de M. Poirier (1), à inciser le creux de l'aisselle derrière le pectoral. Il est alors facile de constater que la tête, traversée par le paquet des vaisseaux et des nerfs, se trouvait plus en arrière ; un crochet ayant écarté en avant ces organes, une incision est pratiquée sur le tissu fibreux qui masque la tête et permet d'apercevoir nettement la surface cartilagineuse sur laquelle les vaisseaux se trouvaient soulevés et en particulier l'artère circonflexe postérieure.

Cette dernière ayant été réclinée en bas et protégée par un crochet, la tête est dégagée puis saisie par son bord inférieur avec un davier de Farabeuf et entraînée au dehors.

Le premier temps de l'opération n'a pas été superflu car il a contribué à dégager la tête des fragments qui formaient une sorte de travée osseuse la rattachant à l'extrémité supérieure et interne de l'humérus.

Nous avons eu l'occasion, l'année dernière, d'observer un cas analogue de fracture du col anatomique de l'humérus avec luxation de la tête ; le malade, sorti de notre service le 15e jour, est allé à Lyon se faire opérer et nous ne savons pas quel a été le résultat de l'intervention.

Cet officier, dont je vous présente l'épaule en radiographie, avait également été soumis de la part du médecin de garde à plusieurs tentatives de réduction par le procédé de Kocher, quelques heures après la chute sur l'épaule.

S'agit-il dans ces cas d'une luxation vraie de la tête humérale avec issue au travers de la capsule articulaire? Nous ne le pensons pas ; nous croyons plutôt à un déplacement simple de la tête détachée au niveau du col, et qui glisse le long de la face interne de l'humérus en décollant les fibres inférieures et internes de la capsule.

M. Delorme. — J'ai, il y a une vingtaine de jours, pratiqué une incision dans un cas semblable à ceux que vient de vous présenter M. Robert. Il s'agissait d'une luxation ancienne de la tête de l'humérus avec séparation en dedans au niveau du col anatomique. Par une incision proche de l'interstice deltoïdo-pectoral, j'ai pu aisément sculpter la tête et assurer la coaptation de ce qui en restait avec la cavité glénoïde. Actuellement, les mouvements passifs sont presque totalement rétablis.

M. Lucas-Championnière. — Je ne saurais trop féliciter M. Delorme si son malade a récupéré, après vingt jours, la totalité des mouvements, mais j'en suis fort étonné. Je sais, en effet, par

(1) V. *Bulletins de la Société anatomique*, 1889, p. 513.

expérience, que si on veut avoir des mouvements étendus et les conserver, il faut faire une résection large. Il est probable que dans le cas particulier j'en aurais réséqué plus que lui.

A ce propos, je tiens à faire une remarque : le procédé de Kocher, d'un emploi si courant aujourd'hui parmi nos internes des hôpitaux, est l'auteur d'une foule de méfaits; je suis convaincu que les paralysies secondaires du deltoïde sont dues à ces mouvements brutaux de rotation. C'est un procédé qui fait souffrir beaucoup les malades. Je lui préfère de beaucoup l'administration du chloroforme. Dans les cas dont on vient de parler, il y avait fracture, c'était pire. Le massage pur et simple aurait certainement tout remis en état.

M. ROUTIER. — Je suis désolé d'être d'un avis diamétralement opposé à celui de mon ami Championnière à propos du procédé de Kocher, que je trouve excellent; mais je lui fais remarquer, qu'il a fait le procès du procédé de Kocher mal appliqué ou employé pour autre chose que des luxations.

Depuis que Farabeuf m'a appris à me servir du procédé de Kocher, je n'ai eu qu'à me louer de son application; j'ai pu ainsi réduire toutes les luxations de l'épaule que j'ai eues à traiter sans avoir jamais de paralysies consécutives; et quand j'ai été obligé d'employer le chloroforme, c'est encore par le procédé de Kocher que j'ai commencé mes tentatives de réduction qui, presque toujours, ont abouti.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Vous dites que je fais le procès du Kocher mal fait; eh bien, je crois qu'il l'est toujours, presque fatalement.

M. DELORME. — Je répondrai, à la remarque de M. Championnière, que mon malade n'a pas récupéré ses mouvements totaux, mais il a retrouvé la presque totalité de ses mouvements passifs.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Je suis enchanté d'avoir provoqué cette rectification. Après une opération aussi économique, le malade est condamné à n'avoir que des mouvements de faible amplitude. Il faut, pour en obtenir de satisfaisants, faire des opérations beaucoup plus larges.

Râtelier enlevé par l'œsophagotomie externe.

M. PAUL SEGOND. — Le fragment de râtelier que voici a été extrait le 4 avril dernier, par œsophagotomie externe gauche, sur une femme de cinquante et un ans, surveillante à la Salpê-

trière. La pièce dentaire dont il faisait partie s'était brisée pendant la mastication. Aussitôt après l'accident, l'interne de garde fit sans succès une tentative d'extraction, et c'est trois jours après que je suis intervenu. L'opération s'est faite vite et sans difficulté. La pièce avalée, assez volumineuse puisqu'elle représente une sorte de triangle dont chaque côté mesure trois centimètres, était bas située au-dessous du niveau supérieur de la fourchette sternale, et le petit crochet métallique situé sur l'un de ses bords était si bien planté dans la paroi de l'œsophage qu'il a fallu une traction sans doute légère mais réelle pour l'arracher. Après extraction du corps étranger, j'ai fermé la plaie œsophagienne par un surjet au catgut comprenant toute la couche musculaire du conduit, puis j'ai suturé les parties molles en laissant un bout de drain à la partie inférieure de la plaie. L'opérée a bu librement dès le premier jour, les aliments solides ont été permis au bout de dix jours. La cicatrisation s'est faite par première intention. Les seules particularités de ce fait qui me paraissent intéressantes à relever, sont les suivantes :

1° C'est par la radiographie que le diagnostic de présence a été fait et j'ai pu de la sorte éviter à la patiente les ennuis des explorations plus ou moins pénibles qui sont de règle en pareil cas.

2° Le diagnostic une fois porté, j'ai, de parti pris, pratiqué l'œsophagotomie externe, sans faire la moindre tentative d'extraction par les voies naturelles. Je crois que c'est la seule conduite prudente à suivre, toutes les fois que le corps étranger à extraire présente soit un crochet, soit une pointe quelconque susceptible de labourer l'œsophage, sous l'influence de toute traction exercée par les voies naturelles et par conséquent sans contrôle.

3° Contrairement au conseil donné par plusieurs chirurgiens, j'ai suturé toute l'étendue de la plaie œsophagienne et qui plus est, je n'ai pas hésité à placer la suture sur la couche musculaire de l'œsophage. J'ai du reste procédé de même et avec le même succès dans un cas similaire d'œsophagotomie externe que je vous ai communiqué en 1893 (1).

4° J'ai laissé la patiente avaler d'elle-même dès le premier jour sans recourir à la sonde œsophagienne et avec la seule précaution de ne permettre l'usage des aliments solides qu'au bout de dix jours.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1893, t. XIX, p. 188.

Le Secrétaire annuel,
A. ROUTIER.

Paris. — Impr. de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1899

Présidence de M. Monod.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Chaput et une autre de M. Rochard, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Opération par voie mastoïdienne.

M. Picqué. — Je regrette beaucoup de ne pas m'être trouvé à la dernière séance au moment de la communication de M. Broca d'autant plus que notre collègue est aujourd'hui absent et qu'il ne peut entendre les réflexions que la lecture de son observation m'a suggérées.

Le cas qu'il nous a présenté montre les ressources de « l'opération de Wehler » pour les collections extra-durales antéro-externes. C'est un point sur lequel j'ai beaucoup insisté dans mon rapport et dans le mémoire fait en collaboration avec M. Mauclaire. M. Broca vient donc par cette observation confirmer nos conclusions.

Mais d'autre part, ce succès, qui fait honneur à notre collègue, ne prouve pas que cette voie lui permettra d'aborder les collections postéro-internes. Là toutes les voies d'accès proposées, y compris celle qu'il préconise, sont manifestement insuffisantes et c'est dans ces cas qu'il convient de songer à la craniectomie occipitale que nous avons proposée.

Râtelier enlevé par l'œsophagotomie externe.

M. Reclus. — A propos de la communication de M. Segond, je me demande si dans ce cas, avant de pratiquer l'œsophagotomie, il ne faut point recourir au panier de Graefe. M. Segond croit que cette manœuvre est contre-indiquée par la présence des crochets de l'appareil. Or voyant la position donnée à celui-ci, le panier de Graefe eût attiré aisément la pièce de bas en haut sans causer aucun dommage.

Trois ou quatre jours auparavant, j'ai enlevé un sou logé dans l'œsophage d'un enfant, je l'eus aisément avec le panier de Graefe. Aussi je crois qu'il est bon de recourir à celui-ci avant de pratiquer d'emblée l'œsophagotomie.

M. Lucas-Championnière. — Je voudrais faire deux remarques à l'occasion de la présentation de M. Segond.

La première est au sujet des services que peut rendre la radiographie dans le cas de corps étrangers; j'ai eu précisément deux cas de râteliers avalés. Dans le deuxième cas, la radiographie ne m'a rien donné.

Pour ce qui est du premier de ces cas, il s'agissait d'une femme qui ayant avalé un râtelier, se présenta d'abord à ma consultation de Saint-Louis, puis s'en alla, et enfin, entra dans mon service; elle vomissait, avait des douleurs atroces. Pensant que le dentier était dans l'estomac, j'en fis l'ouverture. Il me sembla que je touchais quelque chose avec les tenettes, j'élargis l'incision et ne trouvant rien, je refermai l'estomac et la femme n'eut plus de vomissements. Quelque temps après elle rendait le dentier dans ses selles.

J'ai eu cette année une femme rentrant tout à fait dans notre cadre. Il s'agissait d'une jeune fille ayant avalé un râtelier à crochets latéraux, elle avait des douleurs tout le long de l'œsophage que le râtelier avait probablement écorché en passant. Je fis pratiquer une série de radiographies sans résultat. Je me suis naturellement abstenu d'opérer. Au bout de huit jours, elle a rendu le râtelier dans ses selles. Il n'avait pas de déformation notable car nettoyé, il a pu resservir.

Si on trouve bien les corps étrangers dans l'œsophage, il n'en est pas de même dans l'estomac. Nous n'avons pu y déceler la présence de notre dentier, malgré trois radiographies qui ont été faites. Pour ce qui est du panier de Graefe,

je suis obsédé à son sujet par un souvenir pénible. Un de nos maîtres, Broca, voulant retirer un os de l'œsophage, poussa son panier et, le retirant, fit entrer l'os dans la carotide. Le malade succomba en quelques secondes. Or je crois que les crochets peuvent jouer le rôle d'os aigus avec leurs pointes. Aussi, pour ma part je ne suis nullement tenté par l'appareil de Graefe, d'autant que l'œsophagotomie n'est pas difficile et peut se faire dans de bonnes conditions.

Il n'y a pour moi dans le cas présent qu'à approuver sans réserves la conduite de M. Segond.

M. Poirier. — Le panier de Graefe est l'instrument de choix pour l'extraction des corps arrondis ou plats; il triomphe pour l'enlèvement des pièces de monnaie. Son emploi est contestable pour l'extraction des corps piquants qui se fixent dans l'œsophage : j'ai eu connaissance d'un cas récent dans lequel un confrère employa le panier pour l'extraction d'une épingle fixée à la partie supérieure de l'œsophage; l'instrument accrocha l'épingle, et il fut impossible de le retirer; l'enfant entra à l'hôpital où l'on retira par l'œsophagotomie externe : l'épingle et le panier.

M. Kirmisson. — La distinction que fait M. Poirier est évidemment capitale. Quand les corps sont vulnérants comme des portions d'os à aspérités ou des dentiers, le panier présente des dangers. Les cas que l'on vient de citer et d'autres bien connus le démontrent jusqu'à l'évidence ; le panier de Graefe est dangereux. Il est trop volumineux pour les enfants; c'est pourquoi j'ai fait construire un crochet qui est actuellement en usage à Trousseau.

La radiographie qui, d'après M. Lucas-Championnière, n'aurait pas toujours donné de bons renseignements, a cependant montré que les pièces de monnaie sont toujours transversalement situées. Elles laissent en arrière un passage pour les aliments, aussi les enfants continuent à se nourrir. C'est en suivant cette voie postérieure que j'introduis mon crochet, qui tiré en avant ramène la pièce de monnaie. Mon crochet a le tiers du panier de Graefe comme volume. Chez un enfant, j'ai enlevé ainsi une pièce de 10 centimes belge de dimension intermédiaire entre une pièce de 50 centimes française et une pièce de 1 franc.

Mon crochet m'a donné des succès dans près de trente cas.

M. Reclus. — J'oubliais de dire que dans mon cas l'enfant avait deux ans et demi et que la radiographie avait donné une bonne indication.

M. Delbet. — J'ai vu à ce sujet pendant que je disséquais à l'Ecole pratique, une pièce de 1 franc placée transversalement à l'orifice de l'œsophage touchant le cartilage cricoïde, elle devait y être depuis fort longtemps, sans avoir trop gêné le sujet.

M. Kirmisson. — La partie antérieure du conduit œsophagien est obstruée; mais la partie postérieure laisse passer les aliments; on comprend donc qu'une pièce de monnaie puisse rester longtemps sans causer forcément la mort.

Fractures du col anatomique de l'humérus.

M. Robert. — A l'occasion de la présentation que j'ai faite dans la dernière séance, M. Lucas-Championnière a insisté sur les avantages d'une large résection de la partie supérieure de l'humérus, pour en obtenir le résultat le plus satisfaisant. Mais, dans le cas particulier qui me concerne, les conditions d'âge et de santé générale du patient ne me permettaient pas d'enlever la moindre longueur de l'humérus.

Mon opération avait surtout pour but d'extraire la tête humérale qui, déplacée, comprimait douloureusement les nerfs et les vaisseaux axillaires.

D'autre part je dois remercier M. Lucas-Championnière d'avoir confirmé mon opinion sur les conséquences fâcheuses du procédé de Kocher, employé à vrai dire d'une façon banale, sans un diagnostic précis de la lésion traumatique.

M. Poirier. — Le mécanisme des fractures du col anatomique de l'humérus n'a pas été encore expliqué. Je crois que dans nombre de cas, sur des sujets âgés, chez lesquels il ne peut plus être question d'un décollement épiphysaire il s'agit d'écrasements de l'extrémité supérieure de l'humérus, dans lesquels la tête humérale forme le plus gros fragment. Dans le cas que j'ai observé et que M. Robert nous a rappelé, comme dans celui qu'il vient de présenter, on trouve, avec le fragment principal formé par la tête humérale, deux ou trois fragments plus petits appartenant aux tubérosités. Si, dans cet écrasement, la tête n'est point réduite elle aussi en fragments, cela tient à la calotte cartilagineuse qui la recouvre; en raison de son élasticité, le cartilage n'est point brisé et forme un bloc unique avec la couche osseuse sous-jacente. La radiographie que nous montre M. Robert permet de voir l'écrasement de la partie supérieure de l'humérus; à la place de la grosse

tubérosité, là où j'ai décrit l'existence normale d'une géode chez les sujets âgés, on voit un espace clair qni témoigne de la disparition du tissu osseux à ce niveau.

Je ferai aussi remarquer que le malade de M. Robert, comme le mien, présentait des lésions d'arthrite sèche qui favorisent cet écrasement en diminuant la résistance du tissu osseux.

M. Robert. — J'ai présenté deux cas, l'un, un sujet maladif, l'autre âgé. Mais j'ai un troisième cas chez un jeune cavalier, sans lésions articulaires; il n'a pas voulu subir la résection et a eu un mauvais résultat; il ne pouvait atteindre la crinière de son cheval et, officier d'avenir, a vu par ce fait, briser sa carrière.

M. Lucas-Championnière. — Je trouve que M. Poirier a parfaitement raison en ce qui concerne les gens âgés. Mais ces lésions se rencontrent aussi parfois chez les jeunes. J'ai été obligé de faire la résection chez un jeune homme qui avait eu une fracture et qui avait été immobilisé, il présentait toutes ces lésions.

Il me semble que chez les malades traités par l'immobilisation, quand on a une ankylose secondaire, elle est due plutôt à l'immobilisation elle-même qu'au traumatisme.

M. Poirier. — J'ai dit seulement : dans nombre de cas et non dans tous les cas.

M. Lucas-Championnière. — Alors je suis de l'avis de M. Poirier.

M. Sieur. — En 1894, j'ai eu l'occasion d'intervenir chez un jeune soldat de vingt ans, qui avait été violemment projeté à terre par son cheval et avait heurté le sol au niveau du moignon de l'épaule gauche.

L'opération faite deux mois après le traumatisme, permit de constater les lésions suivantes. La tête humérale, séparée au niveau du col anatomique, était enclavée dans le creux sous-claviculaire, immédiatement en dedans de l'apophyse coracoïde. Quant à l'extrémité supérieure de l'humérus, elle était plus ou moins irrégulièrement effilée et tout à fait disposée pour s'adapter à l'espèce de cupule que présentait la tête humérale.

Après avoir détruit les tractus fibreux qui englobaient la calotte humérale, il fut facile de l'enlever. Quant à l'extrémité supérieure de l'humérus, elle fut réséquée sur une hauteur de 2 centimètres et placée en face de la cavité glénoïde débarrassée des débris capsulaires qui la masquaient.

Chez ce malade, jeune soldat des plus vigoureux et sans antécédents pathologiques spéciaux, il ne nous a pas été possible de

trouver les signes d'arthrite sèche constatés par M. Poirier dans plusieurs circonstances.

Discussion

Sur l'hystérectomie abdominale dans le traitement du caneer utérin (Suite).

M. Potherat. — Les différents orateurs qui ont mis en relief la valeur de l'hystérectomie abdominale totale dans le cas de cancer de l'utérus, ont passé sous silence une indication de cette méthode opératoire. Je veux parler du cas où, avec un cancer de l'utérus, même limité au col, même très peu étendu, il existe un fibrome utérin. En pareil cas, il n'y a plus à mettre en parallèle l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale; celle-ci est, sans conteste possible, à mon avis, l'opération de choix.

A dire vrai, si aucun des orateurs précédents n'a parlé de cette indication particulière de l'hystérectomie abdominale, elle était implicitement contenue dans l'exposé si clair, si méthodique et si judicieux qu'a fait mon maître M. Paul Segond, des indications différentes de la méthode abdominale et de la méthode vaginale, dans le traitement du cancer de l'utérus. M. Segond, en effet, l'a formellement déclaré; quand l'utérus est gros, quand, pour être enlevé par le vagin, il exigera un morcellement, un sectionnement quelconque, l'hystérectomie vaginale devra s'effacer devant l'hystérectomie abdominale. C'est bien le cas de l'utérus fibromateux, même de petit volume, à plus forte raison de gros volume.

Je sais bien que la coexistence du cancer utérin et du fibrome n'est pas fréquente, surtout si l'on a bien soin d'éliminer ces métrites végétantes liées aux fibromes sous-muqueux, et, qui cliniquement, peuvent en imposer pour un néoplasme malin. Néanmoins, cette coexistence se rencontre, et tout dernièrement j'ai eu l'occasion d'opérer une femme qui présentait cette double lésion. C'est une femme de quarante-cinq ans, entrée le 2 juin dans mon service à Bicêtre et que j'ai opérée le 6 juin par hystérectomie abdominale totale. Je laisse de côté les détails de l'opération, ainsi que les suites fort simples, sans incident. Au bout de trois jours, elle n'avait plus de pansement; on lui faisait des injections, au bout de quinze jours, elle se levait; elle est sortie complétement guérie. Le fibrome piriforme remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic; il pesait 1.200 grammes. La lèvre antérieure du col était entièrement envahie par un néoplasme non étendu au vagin; la lèvre postérieure était saine. Avant l'hystérectomie, j'avais complètement évidé la lèvre antérieure jusqu'à

l'isthme, à la curette tranchante, bien lavé, et cautérisé partout au thermocautère, puis bourré le vagin de gaze, pour absorber les liquides qui auraient pu suinter.

M. P. Michaux. — Depuis deux ans, j'ai appliqué l'hystérectomie abdominale totale comme méthode exclusive aux cas opérables de cancer utérin que j'ai eu à traiter. J'apporte au débat le résultat de treize opérations, toutes faites, à l'exception de deux, pour des cancers extrêmement étendus envahissant le vagin et les ligaments larges, et s'accompagnant d'une altération profonde de l'état général.

Je n'ai envisagé que deux contre-indications locales : l'extension à la vessie et une fusion absolue avec les parois du petit bassin ; toujours après un examen attentif, j'avais trouvé la vessie saine, et les ligaments larges pas assez envahis pour m'obliger à une opération incomplète.

Presque toutes mes opérations ont été, malgré cela, des plus laborieuses; toujours j'ai dû enlever une grande partie des ligaments larges, séparant ce qui était dur de ce qui était mou.

Comme M. Terrier, je n'ai jamais pu distinguer dans ces masses les ganglions, et bien que je cherche maintenant, de parti pris, à isoler et à bien disséquer l'uretère, je n'ai pu le voir dans mes premières opérations.

Dans mes derniers faits, je me suis appliqué d'une façon toute particulière à l'abaissement de la vessie pour enlever largement la partie du vagin voisine du col, et aussi pour bien abaisser les uretères.

Des recherches cadavériques faites avec mes internes nous ont montré que les uretères pouvaient être notablement abaissés avec la vessie, dégageant la face antérieure de l'extrémité utérine du vagin et permettant de le réséquer beaucoup plus facilement.

Grâce à ce que j'ai vu, j'ai pu, dans mes deux dernières opérations, disséquer l'uretère, et je crois que cette dissection donne une plus grande sécurité et permet une ablation plus large et mieux réglée des ligaments larges. Je ne suis pas de ceux qui pensent que cette large ablation mérite le nom pompeux d'évidement du bassin, et je suis absolument d'accord en cela avec M. Terrier, mais je pense qu'on peut ainsi faire largement des ablations qu'on ne pourrait réaliser qu'en aveugle avec l'hystérectomie vaginale.

L'ablation large de l'extrémité supérieure du vagin et d'une grande partie des ligaments larges, me paraissent être les deux traits principaux de l'hystérectomie abdominale totale appliquée au traitement des cancers utérins.

Enfin, pour terminer de suite cette question opératoire, je signalerai un dernier point qui assure à l'hystérectomie abdominale totale une réelle supériorité sur l'hystérectomie vaginale dans les cancers : je veux parler de la préhension solide qu'on exerce sur le fond de l'utérus ordinairement indemne, et qui permet d'attirer le mal et d'opérer d'une façon plus précise et plus sûre. J'avais déjà fait cette remarque dans les quatre hystérectomies sacrées que j'avais faites il y a quelques années dans le service de mon maître M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon.

Cette facilité de préhension de l'organe malade solidement saisi par sa partie saine, cette dissection abdominale se faisant sous les yeux, me paraissent, malgré l'avis contraire de mon excellent maître et ami Segond, assurer la supériorité incontestable de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale.

Reste la question des résultats.

Les résultats opératoires immédiats sont bons; avec le temps, je suis persuadé qu'ils deviendront meilleurs encore. J'ai perdu deux de mes treize opérées; une seule est morte de suite de septicémie péritonéale; l'autre était absolument guérie opératoirement, elle allait très bien et se levait, quand elle a été enlevée en cinq minutes par une embolie pulmonaire.

Toutes les autres ont très bien guéri et, cependant, trois au moins d'entre elles étaient des femmes grasses, énormes, que je n'opérais pas sans de grandes inquiétudes en raison de leur surcharge graisseuse et aussi de l'extension de leur cancer.

Non seulement le résultat opératoire a été bon, mais les malades ont repris bonne mine; leur teint terreux, jaunâtre, a fait place à des joues fraîches; on ne les aurait pas reconnues, et pourtant, les deux tiers étaient comme les malades de Ricard, des cancéreuses à lésions très avancées.

Les résultats définitifs éloignés ne sont pas aussi satisfaisants. M. Terrier a rappelé fort justement, dans la dernière séance, avec quelle prudence et quelle circonspection il fallait envisager les guérisons réelles de cancer utérin. Certainement, un certain nombre de malades guéries sont des erreurs de diagnostic, mais il y a des cas certains; pour ma part, j'ai quatre malades, deux hystérectomies sacrées, deux hystérectomies vaginales, guéries depuis plus de quatre ans. Les lésions ont été vérifiées histologiquement. Une de mes hystérectomies sacrées est morte de récidive au bout de quatre ans, mais je l'ai suivie pendant les années précédentes et, quatre mois avant sa mort, elle était encore sans récidive apparente dans l'état le plus satisfaisant.

Sans doute, notre expérience opératoire n'est pas suffisante, mais les résultats obtenus ne sont pas absolument décourageants.

De mes onze malades guéries opératoirement, trois sont opérées depuis six mois ; elles vont bien, je ne les compte pas.

Des huit autres, une opérée le 31 juillet 1897 est morte au bout de vingt mois après avoir été en excellent état pendant plus d'un an. Une autre est morte de grippe au bout de neuf mois ; elle était en pleine récidive, mais récidive locale.

Des six autres, quatre ont été revues récemment, toutes opérées depuis quatorze à dix-huit mois, n'ayant aucune trace de récidive ; elles travaillent toutes ; une a été perdue de vue ; une autre, opérée il y a neuf mois, est sans récidive.

Ces chiffres sont évidemment de date trop récente pour avoir une valeur réelle ; mais si, à l'exemple de mon collègue Ricard, je me reporte à l'état dans lequel je les ai opérées, je ne puis, comme lui, m'empêcher de considérer le résultat obtenu comme satisfaisant. Je crois que nous ferons mieux quand nous pourrons opérer les malades plus tôt, avec des lésions moins avancées, moins étendues, et je me range franchement dans la catégorie des chirurgiens qui pensent que l'hystérectomie abdominale totale constitue un progrès dans le traitement du cancer utérin parce qu'elle permet une ablation plus large et plus méthodique.

Le curage de l'aisselle, a amené incontestablement une amélioration dans la statistique des opérations de cancer du sein ; sans vouloir assimiler le cancer de l'utérus à celui du sein, et tout en reconnaissant la gravité plus grande de son pronostic, je crois qu'il est légitime de penser que l'hystérectomie abdominale nous permettra de faire mieux que nous ne faisons, surtout quand on nous montrera plus tôt des lésions que nous ne voyons aujourd'hui, deux fois sur trois, que lorsqu'elles sont absolument inopérables, — telle est du moins la proportion des faits qui se sont présentés depuis deux ans à mon examen.

M. Paul Segond. — Si j'ai bien compris mon ami Michaux, il semble croire qu'en défendant, mercredi dernier, les avantages de l'hystérectomie vaginale dans l'ablation des cancers bien limités au col de l'utérus, j'ai commis l'erreur de prétendre que l'hystérectomie vaginale permet des ablations aussi larges que l'hystérectomie abdominale. Or, je n'ai jamais rien dit de semblable, et j'ai trop à cœur d'être bien compris par notre collègue, pour ne pas tenir à mieux souligner aujourd'hui ce que je m'étais cependant efforcé de dire clairement il y a huit jours.

En parlant de l'hystérectomie abdominale, je me suis, il est vrai, permis de critiquer les vertus extraordinaires que certains gynécologistes lui prêtent, au point de vue de la cure radicale et définitive. J'ai mis en doute la supériorité actuelle de ses résultats

thérapeutiques. J'ai contesté la possibilité de faire, dans le petit bassin, une toilette lymphatique assez complète pour que la perfection du résultat puisse toujours compenser la gravité des manœuvres, en donnant toute assurance contre les récidives. Et, soit dit en passant, lorsque j'ai qualifié « d'extraordinaires » ou de « surprenantes » ces toilettes pelviennes, soit-disant complètes, je n'ai fait que m'associer, aussi bien à l'opinion de ceux de mes collègues qui ont pris la parole avant moi, qu'à celle de M. le professeur Terrier lui-même. Je suis donc bien étonné qu'il ait pu supposer que je m'en prenais à sa pratique personnelle, dont je n'ai du reste pas parlé. La simple lecture de ce que j'ai écrit lui prouverait que je n'ai pas à m'excuser d'une pareille erreur.

Bref, je suis arrivé à cette conclusion que, dans le traitement du cancer utérin envisagé d'une façon générale, l'hystérectomie abdominale ne donne encore que des résultats bien voisins de ceux de l'hystérectomie vaginale; meurtrière et parfaitement impuissante quand elle s'adresse à des cancers avancés, elle ne présente des avantages réels que pour les cancers pris à leur période de début.

Mais, tout en formulant ces critiques générales, je n'en ai pas moins reconnu qu'au point de vue du pronostic opératoire, la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale était incontestable dans certains cas particuliers. J'ai précisé cette opinion en disant que l'hystérectomie abdominale était l'opération de choix « pour tous les cancers du corps compliqués de ramollissement du col, ou trop gros pour pouvoir passer par le vagin sans morcellement ».

Quant à l'hystérectomie vaginale, je suis en effet resté son partisan très convaincu pour les cancers autres que les précédents, et notamment pour tous les cancers du col non compliqués, bien entendu, d'une augmentation de volume quelconque du corps. Mais, si je lui conserve ici mes préférences, ce n'est pas du tout parce que je commets l'erreur de penser qu'elle permet des ablations aussi larges que l'hystérectomie abdominale; c'est parce que j'estime que, toutes choses égales d'ailleurs, elle est moins grave, et parce que je trouve que ses résultats, au point de vue du pronostic d'avenir, sont, jusqu'à nouvel ordre et quoi qu'on en dise, tout aussi bons que ceux de l'hystérectomie abdominale.

Ce qui démontre clairement que mes préférences pour la voie vaginale ne viennent pas du tout de ce qu'elle serait pour moi la voie des ablations larges, c'est que j'ai particulièrement insisté sur la nécessité de ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale que pour les cancers limités au col, sans aucun envahissement cliniquement appréciable des ligaments larges ou du vagin. J'ai, du

reste, ajouté que l'hystérectomie abdominale n'était, de son côté, défendable que dans les mêmes conditions de limitation cancéreuse, et j'espère m'être, ici, très clairement exprimé.

M. le professeur Terrier, en effet, a bien voulu symboliser mon opinion en déclarant qu'il n'acceptait pas « cette sorte de muraille de Chine dans laquelle » je veux « enfermer l'opération de l'hystérectomie vaginale et abdominale »; et je ne puis que l'en remercier. Si cette comparaison traduit très heureusement l'impression produite à M. le professeur Terrier par mes déclarations, elle exprime non moins fidèlement ce que je pense, à savoir que l'hystérectomie vaginale est une opération désastreuse quand on la pratique pour des cancers qui ne sont plus exactement limités au col. Et je dois ajouter que le fait cité par M. le professeur Terrier ne me donne pas la tentation de changer d'avis. L'hystérectomisée dont il nous a parlé, « qui, mourante d'hémorragies fut opérée, malgré un notable envahissement du vagin », a eu pour bénéfice la suppression de ses pertes de sang, « et cependant la lésion a récidivé bien vite, puisqu'il y a une fistule recto-vaginale ». Je possède, moi aussi, quelques observations à peu près semblables, mais je les trouve peu encourageantes. D'autant moins encourageantes que, dans les cas de ce genre, les opérations palliatives peuvent agir assez efficacement contre les douleurs et les pertes sanguines, sans exposer, soit à des fistulisations déplorables, soit à la mort opératoire.

J'en reste donc à ma « muraille de Chine »; je la crois vraiment tutélaire, et, comme je le disais mercredi dernier, je demeure convaincu « qu'en présence d'un cancer qui n'est plus cantonné dans l'utérus lui-même, le plus sage est, pour l'instant, de recourir au traitement palliatif, et de renoncer à toute tentative de cure radicale. Ceci soit dit aussi bien pour l'hystérectomie abdominale que pour la vaginale ».

Communication.

De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë,

par M. TUFFIER.

Bien que l'infection puerpérale soit bannie de nos grands et beaux services d'accouchement des hôpitaux, elle n'en persiste pas moins au dehors, et les entrées dans les salles d'isolement de nos maternités en font foi.

Les variétés d'infection sont nombreuses : infection localisée, infection généralisée, comprenant elle-même les péritonites puerpérales et les septicopyohémies. Chacune de ces formes nécessite un traitement spécial. Je n'envisagerai ici que *les septicémies post-partum sans localisation péritonéale ou annexielle;* c'est contre trois cas de ce genre que j'ai dû intervenir, et, pour mieux préciser les faits, voici le tableau clinique d'ensemble de mes trois malades (métrites puerpérales aiguës).

A la suite d'un accouchement normal ou prématuré, la femme est prise de frisson, la température monte à 38°5, 39 et 40 degrés, le pouls devient mou et rapide, il oscille entre 100 et 120-140, le ventre n'est pas douloureux, les parties latérales du globe utérin ne sont le siège ni d'empâtement ni de douleurs vives. Le teint devient jaune et les yeux s'excavent. De suite, les injections de sérum, l'irrigation continue ou le curettage sont mis à contribution, et, dans l'immense majorité des cas, la température tombe à 38, 37 degrés, le pouls reprend sa force et diminue de rapidité, et tout rentre rapidement ou progressivement dans l'ordre normal. Dans quelques cas, et ce sont ceux-là auxquels je me suis adressé, malgré le traitement le mieux conduit par le chirurgien ou l'accoucheur le plus expérimenté, les accidents continuent; les frissons se répètent, la température se maintient élevée ou monte à 40°5, 41 degrés, 41°5, le pouls reste au-dessus de 120, il est mou et dépressible, les urines diminuent, la peau devient jaune terreux, les veines sont noirâtres, les téguments se marbrent, du subdelirium apparaît. Au milieu de tout ce cortège symptomatique d'un dénouement fatal, pas de ballonnement du ventre, pas de sensibilité pelvienne, peu de vomissements, aucune localisation viscérale infectieuse; l'utérus est légèrement sensible à la pression, il laisse écouler un liquide qui peut n'être ni fétide ni purulent et cependant la malade succombe; à l'autopsie, on ne trouve de suppuration nulle part. Nous croyons, avec nombre d'auteurs, que, dans ces cas, et pendant un certain temps, l'infection puerpérale a pour siège le muscle utérin; c'est de là que partent les accidents toxi-infectieux dont chaque frisson, chaque élévation de température indique une nouvelle pénétration dans le torrent circulatoire. La malade est-elle alors justiciable d'une hystérectomie, l'ablation de l'utérus peut-elle enrayer les accidents comme l'ablation de l'appendice jugule les signes de toxi-infection qui accompagnent l'appendicite, comme la suppression d'une salpingite suppurée met un terme aux accès fébriles qui l'accompagnent?

La question que je pose pour la première fois à cette Société a été ébauchée à l'étranger, et, depuis la première opération de Schulze, d'Iéna (1), en 1886, j'ai pu relever dans la littérature trente-

cinq faits, y compris mes observations personnelles. Je viens donc vous rapporter l'histoire de mes trois malades et vous indiquer quelques points spéciaux du manuel opératoire, en un mot poser la question sans aucune prétention de la résoudre.

Voici le résumé de ma première opération.

Observation I. (Hôtel-Dieu annexe, service de M. Champetier de Ribes). — *Histoire de la malade et traitements antérieurs.* — II-pare (un accouchement prématuré à sept mois l'an dernier). Le 5 mars 1899, étant enceinte de quatre mois, cette femme présente une menace de fausse couche : un médecin appelé conseille le repos au lit et des injections vaginales matin et soir. Tout va bien jusqu'au 17 mars. Dans la nuit du 17 au 18, la femme est prise de vomissements et d'un violent frisson à la suite duquel la température monte à 39°2. Le lendemain 18, température normale, mais écoulement vaginal fétide; on fait entrer la femme à l'Hôtel-Dieu (annexe) dans le service de M. Champetier de Ribes. A son entrée, la température est remontée à 39°2, les contractions utérines se succèdent avec force et le lendemain, 19 mars, la femme expulse un fœtus de 530 grammes mort, mais non macéré; au moment de l'accouchement une odeur fétide se répand dans la salle. Quatre heures après l'accouchement, le placenta n'ayant pas été expulsé, on pratique la délivrance artificielle (M. Champetier de Ribes) et on la fait suivre d'un curettage qui ramène de nombreux caillots et des débris de caduque d'odeur infecte : lavage intra-utérin au lysol, attouchement à la teinture d'iode, drainage à la gaze iodoformée. — A la suite de cette intervention, la température tombe et la malade se trouve bien pendant trois jours. Mais le 23 mars, elle se plaint de douleurs dans le ventre : celui-ci est sensible à la pression. On fait une injection intra-utérine (avant l'injection on a vu sortir de l'utérus environ une cuillerée à soupe de liquide louche) qui occasionne de violentes tranchées utérines et à la suite de laquelle les frissons reparaissent et la température remonte a 39°5; le pouls est à 128. On fait deux injections de 20 grammes chaque de sérum de Marmorek. Le lendemain 24 mars, ces symptômes s'accentuent encore. L'examen de la malade, fait par M. Champetier de Ribes, ne dénote du côté des organes génitaux rien d'anormal en dehors des douleurs mentionnées et du volume de l'utérus qui remonte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. On fait une nouvelle injection de 20 grammes de sérum de Marmorek, puis une de 1,500 grammes de sérum ordinaire. Mais, dans la soirée, l'état de la malade s'aggrave tellement que M. Champetier de Ribes juge cette femme perdue et me demande si une opération plus radicale ne pourra pas la sauver. Température le matin 41°5, pouls 124, trois frissons.

Opération. — Je propose et je pratique, à 5 heures du soir, l'hystérectomie vaginale. L'opération est des plus faciles. L'utérus extirpé pesait 260 grammes; sa surface interne était absolument lisse, sa cavité ne contenait aucun débris quelconque, et ses parois aucun abcès; ces dernières n'étaient nullement friables. Annexes rouges, surtout à droite.

A aucun moment on n'a ouvert de collection para- ou péri-métritique. L'examen microscopique des fragments de l'utérus enlevé a montré que la couche musculaire ne présentait rien d'anormal et que la muqueuse n'était plus représentée que par des restes de l'épithélium glandulaire (M. Paquy). Le produit de raclage de la surface interne de l'utérus, pratiqué immédiatement après l'ablation, contenait des colonies de staphylocoques et quelques chaînettes de streptocoques (Klippel).

Suites opératoires. — Aussitôt après l'opération, injection de 1.500 grammes de sérum artificiel. Nuit assez agitée. Le lendemain matin, 25 mars, la température tombe à 37 degrés, le pouls est à 82; ces chiffres normaux se maintiennent les jours suivants. Le 27 mars on enlève les pinces, le 31 les mèches vaginales. A partir de ce moment, la malade se remonte rapidement. Mais le 7 avril, c'est-à-dire quinze jours après le début des accidents de septicémie, apparaissent dans le membre inférieur gauche des symptômes de phlébite qui n'ont duré que quelques jours et évolué rapidement; le 25 avril, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Je possède cette première observation depuis longtemps, et si je ne vous l'ai pas communiquée, c'est que ce seul succès aurait pu engager nos collègues dans une mauvaise voie : il aurait pu faire croire en effet à une efficacité trop facile de cette méthode. Les deux faits suivants mettent les choses au point, puisque ce sont deux insuccès; ils prouvent bien que, pour unique, seule praticable et encourageante qu'elle soit dans certains cas, l'hystérectomie ne peut prétendre à une efficacité constante.

Observation II (Hôtel-Dieu annexe, service de M. Champetier de Ribes). — *Histoire de la malade et traitements antérieurs.* — XI-pare, a ses règles pour la dernière fois le 28 avril 1899, mais ne se croit pas enceinte (?). Le 7 juin, elle perd de l' « eau mêlée de sang », les jours suivants du sang pur mélangé de caillots : ces pertes auraient eu, dès le début, une odeur fétide. Bientôt apparaissent des frissons, des vomissements, et la femme, qui se sent très mal, fait venir le médecin; celui-ci diagnostique une fausse couche et, en présence de l'état de la malade, envoie cette dernière à l'hôpital. Elle entre le 14 juin, à 6 heures et demie du soir, à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans le service de M. Champetier de Ribes. A ce moment la température n'est que de 37°2, mais le facies de la malade indique une infection sérieuse. Le teint est jaune, la langue sale, le pouls à 98; l'utérus est très gros, entr'ouvert, contenant une petite masse dont on ne peut déterminer la nature; il existe un écoulement vaginal fétide. Injections vaginale et intra-utérine, ce qui n'empêche pas la température de monter le soir à 39°6. Le lendemain, 15 juin, M. Champetier de Ribes pratique le curage digital de la cavité utérine : il ramène des fragments placentaires plus ou moins gros et des débris de membranes. Écouvillonnage, attouchement à la teinture d'iode, drainage à la gaze iodoformée. Néanmoins, les jours suivants, la

température ne tombe pas; elle monte, au contraire, jusqu'à 40 degrés et l'état de la malade continue à s'aggraver : vomissements, agitation. douleurs dans le bas-ventre, albuminurie. Cependant, un nouvel écouvillonnage, suivi d'une nouvelle injection intra-utérine, n'amènent absolument rien.

Opération. — Dans ces conditions, M. Champetier de Ribes me prie d'intervenir, considérant cette malade comme perdue. Le 17 juin, à 4 heures et demie du soir, je pratique l'hystérectomie vaginale. L'opération se fait sans incident. A noter seulement une hémostase particulièrement difficile pour le ligament large gauche.

Suites opératoires. — La malade, qui, après l'opération, s'était trouvée un moment très mal, se relève un peu le lendemain; mais, dès ce jour, elle se plaint de douleurs dans le ventre et vomit. Le surlendemain, 19 juin, ces symptômes s'accentuent, la malade est prise de délire et arrache ses pinces. Le 20 juin apparaît du météorisme, les vomissements deviennent incessants, le pouls est à 140 (la température a toujours oscillé depuis l'opération entre 38 et 39 degrés). La malade succombe le 22 dans la matinée, le cinquième jour par conséquent après l'opération.

L'autopsie n'a pas été pratiquée : on ne peut donc préciser la source de la péritonite post-opératoire qui a emporté la malade.

Observation III (Hôpital Lariboisière, service de M. Bonnaire). — *Histoire de la malade et traitements anterieurs.* — Accouche le 1er juin 1899, à terme, d'un enfant bien portant : accouchement normal fait chez une sage-femme en ville. Le 13 juin, deux jours par conséquent après l'accouchement, quelques frissons. T. 38°8. Une sage-femme de Lariboisière, appelée auprès de la malade, fait une « revision » de l'utérus et en retire des débris de placenta et de membranes; injection intra-utérine. On répète les injections intra-utérines les jours suivants, mais sans qu'elles modifient en rien l'état de la malade. Celle-ci entre le 16 juin à l'hôpital Lariboisière où on continue le même traitement, toujours sans succès : les frissons se répètent, la température reste dans le voisinage de 39 à 40 degrés. A partir du 19 juin, on fait quelques piqûres de spartéine ou de caféine; on essaie même ce jour-là d'un bain frais (25 degrés) qu'on est obligé d'interrompre en présence d'une menace de syncope. Le 21 juin, l'état de la malade est grave. M. Bonnaire examine la femme et retire de l'utérus des caillots fétides; M. Dubrisay pratique le même jour un écouvillonnage qui ramène des caillots fibrineux et qu'il fait suivre d'un lavage à l'eau stérilisée chaude : attouchements à la glycérine créosotée et drainage à la gaze iodoformée. La température ne tombe pas. Sérum, 600 grammes. Dans la soirée, on retire la mèche de gaze; injection intra-utérine iodée. A 8 heures, syncope : éther, caféine.

Opération. — Le 22 juin, la malade, dont l'état est considéré par M. Bonnaire comme absolument désespéré, est passée dans mon service. L'infection date de neuf jours. T. 39°4. Je pratique l'hystérectomie vaginale dans la matinée. L'opération ne présente aucune difficulté particulière; l'hémostase du ligament large gauche est assez pénible. L'utérus

enlevé est gros, mou; il s'écrase sous le doigt; au niveau de la plaie placentaire, on note seulement quelques dépôts fibrineux.

Suites opératoires. — Après l'opération, 1.500 grammes de sérum. La malade a bien supporté l'intervention : le pouls reste le même, à 130, assez fort. Mais la température ne tombe pas; elle se maintient à 39 degrés. Le lendemain, le pouls s'accélère et faiblit, la température monte encore (39°2) et la malade meurt à 8 heures du soir.

Autopsie. — Pas de trace de péritonite. L'examen des différents appareils ne dénote absolument rien d'anormal. Le seul fait remarquable, c'est que le ligament large gauche n'a pas été détaché de l'utérus : il porte, en effet, encore adhérent à son extrémité, une portion notable du muscle utérin; j'ai donc sectionné dans le muscle au lieu de sectionner au ras de l'organe.

Bien des questions se posent au sujet de ces faits : l'opération est-elle justifiée? Quels doivent être la méthode et le procédé opératoires? Quelles sont leurs indications?

La *justification* de l'intervention réside tout entière dans l'anatomie pathologique, et pour pouvoir démontrer que l'ablation de l'utérus doit mettre un terme à la toxi-infection, il faudrait prouver que cet organe est le siège initial des accidents et qu'il n'existe pas en même temps d'autre source secondaire d'empoisonnement. Cette preuve, je ne puis la fournir directement et je ne crois pas qu'il existe actuellement de documents capables de l'établir; mais à défaut d'une preuve scientifique et péremptoire, la clinique nous donne un appoint sérieux dont il faut bien nous contenter ici comme dans la plupart de nos observations chirurgicales. Démontrer par des faits que l'hystérectomie, dans des cas qu'il faudra préciser, met un terme brusque et parfois immédiat aux accidents, c'est, je crois, prouver que l'utérus, déjà curetté, lavé, désinfecté, restait bien le siège des accidents. Si, comme dans ma première observation, la malade présente 41°5 le matin de l'opération et 37 degrés le lendemain, si cette malade a été suivie, traitée et condamnée par un clinicien hors pair, dont la prudence est unanimement reconnue comme l'est celle de notre collègue Champetier de Ribes, la preuve clinique me paraîtra faite et elle entraînera la conviction. En ajoutant ce fait bactériologique que l'utérus contenait le streptocoque, on arrive vraiment bien près de la certitude.

En laissant de côté 2 cas non utilisables, j'arrive sur mes 35 observations à trouver 20 morts et 13 guérisons. Je donne d'avance gain de cause à l'argumentation inévitable qui me jettera à la tête que les faits favorables sont tous publiés. Cela est entendu, il y a de nombreux insuccès, élevez-en le chiffre aussi haut qu'il vous plaira : il n'en reste pas moins acquis que quinze

femmes atteintes d'infection puerpérale et dont l'état était désespéré ont été guéries par l'ablation de l'utérus.

Deux voies permettent d'extraire l'utérus puerpéral infecté : la voie *abdominale* et la voie *vaginale*. Sur les 18 laparotomies pratiquées, 9 fois nos collègues ont fait l'ablation totale de l'utérus, et 9 fois ils ont pratiqué l'amputation supra-vaginale. Cette dernière a donné la proportion remarquable de 8 guérisons et 1 mort, alors que la première donnait 5 guérisons et 4 morts. Dans un cas, Prejor fit l'*hystérectomie abdomino-vaginale*. Je vous donne ces chiffres parce que je les ai relevés, et sans me faire illusion sur leur valeur. Des 10 malades opérées par la voie vaginale, 4 ont guéri, 6 sont mortes. Je discuterai, dans un prochain mémoire qui paraîtra dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, les causes de mort, mais je puis dès maintenant vous affirmer qu'elles tiennent bien plus à l'état dans lequel ont été opérées ces malades qu'au procédé employé. Plusieurs d'entre elles étaient plutôt justiciables du prêtre que du chirurgien, et nous retrouvons là ce que *nous devons* constater dans toute opération nouvelle : ce sont les cas absolument désespérés qu'on nous livre tout d'abord. N'avons-nous pas vu les hernies irréductibles et énormes regardées comme seules justiciables de la cure radicale, des fibromes remplissant l'abdomen comme seuls dignes de l'hystérectomie? et n'assistons-nous pas actuellement à la chirurgie des dernières heures des cancéreux de l'estomac? Au fond, il ne faut pas nous plaindre de voir la chirurgie mise ainsi à de rudes épreuves, puisqu'elle en est toujours sortie victorieuse, agrandissant à chaque fois le domaine de son intervention et annexant définitivement le territoire compris. Pour établir un bilan exact, il nous faudra donc tenir compte : du traitement mis en œuvre avant l'opération, de l'âge de la grossesse (avortement, accouchement à terme) de la nature, de la date des accidents infectieux, et de l'état dans lequel se trouvaient les malades au moment de l'opération.

Le *manuel opératoire* ne diffère guère de celui d'une hystérectomie banale. Deux différences seulement sont à relever, mais il faut bien les connaître. La première a trait à la mollesse des tissus, la seconde à l'hémostase. Je laisse de côté la question de volume de l'utérus, auquel on voudrait faire jouer un rôle. Si l'utérus à terme vide présente une surface considérable, le relâchement de la filière vagino-périnéale permet une ampliation largement suffisante à son passage et c'est ailleurs qu'il faut chercher l'indication de la laparotomie.

La *mollesse* et la *diffluence* des tissus créent, pour l'opérateur,

des difficultés bien plus grandes. Le corps, le col, les parois vaginales, les ligaments larges, tout est mou et flasque et de la même mollesse, de la même flaccidité. Pour bien placer l'incision circulaire du col, pour isoler convenablement la vessie, pour ouvrir largement et rapidement les culs-de-sac, il est nécessaire, mais délicat, de bien suivre les parois utérines; un doigt introduit dans le col et mesurant son épaisseur est un excellent moyen de repérer sa route. Les culs-de-sac rapidement ouverts, il ne s'en écoule aucun liquide. Mais le doigt explorant le Douglas ne trouve aucune limite entre le ligament large et l'utérus; aucun changement de consistance, aucun ressaut n'indiquent le bord utérin, mais l'épaisseur différente des parois, mesurée au toucher intra-utérin combiné avec le toucher intra-péritonéal, permet de placer les pinces en bon lieu. Cette flaccidité entraîne également la nécessité de bien repérer la ligne médiane de l'utérus, sous peine d'érailler un des ligaments larges. Elle commande aussi des tractions lentes, continues et larges; la traction violente arracherait le tissu ou le ligament large; il faut, à la fin de cette hystérectomie, comme à la fin d'un accouchement, retenir plutôt que tirer. Des pinces à mors étroits déchireraient le tissu; aussi, des pinces à kystes ovariens ou des pinces à cinq dents sont-elles très utiles.

L'*hémostase*, dans ces tissus, véritable éponge vasculaire infectée, est la seconde pierre d'achoppement. Dans mes trois cas, elle a été peu compliquée, et si, dans ma seconde opération, une mauvaise pince ne s'était brusquement ouverte, je n'aurais pas eu à déplorer le moindre incident de ce côté. Mais cette régularité même est peut-être due aux précautions que j'ai prises et que l'expérience d'une hystérectomie tentée dans ces conditions, il y a six ans, sur la demande de mon collègue Ribemont-Dessaignes, m'a permis d'acquérir. L'écueil à éviter, c'est la section des tissus par les pinces; aussi des clamps à bords bien mousses sont-ils nécessaires; les cannelures ne doivent pas arriver jusqu'au bord. Le serrage ne doit pas se faire brusquement et d'un seul coup; il doit être plus lent, plus progressif, voire même ne pas être poussé à fond. Le pincement en étages me paraît préférable à la prise totale et en une seule fois du ligament large.

Toutefois, ces précautions ne compliquent pas le manuel opératoire et ne prolongent guère la durée de l'opération. Ma première hystérectomie a demandé sept minutes, la seconde durait le même temps quand, l'utérus enlevé, l'accident de la pince se produisit. Les ligatures doivent être de même très particulièrement soignées dans les hystérectomies abdominales. En tout cas, ce manuel est à la portée de tous et ne doit peser en rien sur la détermination opératoire et sur le rejet d'une opération qui, bien

indiquée et bien appliquée, me paraît digne d'entrer dans notre pratique.

J'aurais voulu, avec les documents que je possède, vous apporter une question chirurgicale complète, c'est-à-dire possédant le chapitre *indications* et *contre-indications*. Il est impossible de l'établir actuellement. Ce que les faits publiés prouvent, c'est que : 1° 8 fois les accidents principaux avaient été précédés de rétention placentaire totale ou partielle ; 2° tous les traitements habituels, bien conduits, curages même répétés, injections intra-utérines, injections sous-cutanées de sérum physiologique, sérothérapie antistreptococcique, avaient échoué, et les accidents persistaient et s'aggravaient. Si donc vous ne voyez aucun organe qui puisse être l'origine de la septicémie, il vous reste un moyen, une dernière planche de salut dans l'ablation de l'utérus. Quant au moment où cette ablation doit être faite, moment où les viscères sont encore en état de défense, moment où l'organisme est assez résistant, alors que l'infection paraît encore localisée à l'utérus et que le curettage et le lavage sont impuissants à la combattre, c'est à nos collègues accoucheurs qu'il appartiendra de dire le dernier mot en ce chapitre capital.

L'indication des méthodes est également discutable. La voie abdominale avec ablation de l'utérus à l'américaine, ou amputation supra-vaginale, la voie vaginale ont été employées avec un nombre inégal de succès, et notablement inférieur pour cette dernière. Les précautions à prendre contre la *friabilité* du muscle utérin, et surtout contre celle des *vaisseaux*, nous conduisent à un manuel opératoire qui ne dépasse en rien les limites d'une opération délicate, mais que tous, une fois prévenus, nous pouvons mener à bonne fin, pour le plus grand bien des rares femmes atteintes d'infection puerpérale.

M. Paul Segond. — Dans son intéressante communication, notre collègue Tuffier vient d'insister sur les difficultés particulières que le ramollissement des tissus apporte à l'exécution de l'hystérectomie vaginale chez les puerpérales. Je crois qu'on ne saurait trop mettre en lumière l'importance de ce fait que j'ai moi-même noté depuis bien longtemps en pratiquant l'hystérectomie vaginale, soit pour des grossesses extra-utérines, soit, peu après l'accouchement, pour des lésions annexielles suppuratives ou autres. Aussi bien, suis-je convaincu que, dans les circonstances particulières visées par M. Tuffier, ce fait : que la friabilité utérine existe toujours à son maximum, doit peser d'un grand poids dans la discussion des indications respectives de la voie abdominale et de

la voie vaginale. En d'autres termes, chez les femmes en puissance d'infection puerpérale, à supposer qu'on se trouve en présence des indications nettes d'une castration totale, indications qui sont, je crois, possibles, mais rares, il doit être, à mon avis, toujours plus sage de procéder par la laparotomie que de risquer le morcellement vaginal de l'utérus.

M. Tuffier. — A la vérité la meilleure statistique est celle des amputations supra-vaginales; mais comme je viens de le montrer. Ce sont là des faits qui demandent à subir le contrôle du temps.

Présentation de malade.

Gastro-entérostomie postérieure.

M. Picqué présente un malade auquel il a pratiqué, avec l'assistance de M. le professeur Berger, une gastro-entérostomie postérieure pour cancer de l'estomac. Le malade était dans un état de cachexie profonde et présentait, au niveau de l'épigastre, une tumeur volumineuse, dont le diagnostic de nature et de siège avaient été établis par notre collègue, M. Faisans.

L'incision médiane démontra l'envahissement de la face antérieure, de la petite courbure, jusqu'au niveau du cardea ainsi que l'existence de nombreux ganglions

La gastro-entérostomie postérieure a été pratiquée facilement. Tous les accidents ont disparu. Le malade a engraissé. Le résultat, qui date d'un mois, est de tous points excellent.

Présentation de pièces.

Anévrisme artério-veineux fémoral.

M. Potherat. — Dans la séance du 12 juillet dernier, je vous ai présenté des photographies d'un petit malade de mon service de Bicêtre atteint d'anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux superficiels, anévrisme consécutif à une blessure par grain de plomb, il y a sept ans. Je vous disais qu'il était assez difficile de préciser exactement le siège précis de cette lésion (de nombreux grains de plomb avaient pénétré la cuisse), mais que, après examen répété, approfondi du lieu de maximum du souffle

et du thrill, j'avais lieu de croire que l'anévrisme siégeait au voisinage du sommet du triangle de Scarpa.

J'ai opéré le petit malade samedi dernier, avec l'aide bienveillante et éclairée de notre collègue et ami Pierre Delbet, et je vous présente la pièce.

Nous fûmes tout d'abord trompés sur le siège de la lésion par la présence de gros ganglions cruraux hypertrophiés, que nous enlevâmes préalablement; nous arrivâmes ensuite sur l'anévrisme lui-même qui siégeait exactement au sommet du triangle de Scarpa; nous dûmes, pour le découvrir, récliner en dehors le couturier, en dedans le moyen adducteur.

En raison de la nature du corps vulnérant (petit grain de plomb), nous avions pensé que, peut-être, il n'y aurait qu'une phlébartérie et qu'il nous serait possible de limiter notre intervention à une ligature placée entre les deux troncs veineux et artériel, au niveau de la communication. Mais nous dûmes renoncer à ce projet en constatant qu'il existait une grosse dilatation artérielle constituant un anévrisme sacciforme. Nous fîmes donc les ligatures des troncs au-dessus et au-dessous du sac, et nous extirpâmes celui-ci. Une collatérale veineuse postérieure, profonde, dut être liée à part. L'opération, en somme, ne présenta pas de réelles difficultés. La circulation parut un moment troublée du côté du pied, qui prit une couleur cadavérique; mais cela dura très peu; la circulation se rétablit bientôt, et aujourd'hui, cinq jours après l'opération, tout va bien. J'espère pouvoir un jour vous montrer ici le malade lui-même complètement guéri.

Quant à la pièce elle-même, rien de particulier; l'artère présente, au niveau de sa communication avec la veine, une dilatation sacciforme, au niveau de laquelle sa minceur est extrême; le tronc artériel dilaté au-dessus est un peu rétracté au-dessous. La veine collatérale n'est pas très dilatée, incomparablement moins, en tout cas, que les veines superficielles. L'orifice de communication est net, arrondi; il peut admettre un manche ordinaire de porte-plume.

Note sur l'existence de ganglions lymphatiques dans la cavité de Retzius.

M. Bazy. — Je vous présente un ganglion, ou plutôt la moitié du ganglion, l'autre moitié ayant servi aux préparations ci-jointes et sur lesquelles je vous remets une note que je dois à l'obli-

geance du Dr Potier, qui les a faites dans le laboratoire de M. Cornil où elle ont été vues aussi par notre collègue Letulle.

Je l'ai trouvé dans le cours d'une taille hypogastrique chez un enfant de seize ans qui avait un calcul unique de 15 grammes et en même temps une cystite intense qu'on avait considérée comme tuberculeuse.

Ce ganglion était situé sur la ligne médiane, au-dessous du repli péritonéal, à 2 centimètres environ au-dessus de la symphyse pubienne (la vessie contenait environ 150 à 160 grammes de liquide); il a le volume d'un haricot; il était contre la vessie, au milieu de ce tissu celluleux condensé qui relie le cul-de-sac péritonéal à la symphyse pubienne, espèce d'aponévrose qu'on est obligé d'inciser pour arriver directement sur la vessie.

Ce n'est point la première fois que je rencontre ce ganglion : il y a quatre ans, dans une opération que je faisais à la Maison de santé de Saint-Jean de Dieu (méat hypogastrique pour tumeur inopérable de la vessie), je rencontrai deux ganglions du volume d'un fort haricot situés à 2 cent. 1/2 à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne; l'un était, comme celui-ci, exactement situé sur la ligne médiane, l'autre un peu à droite et au-dessous du premier.

Je pensais les trouver dégénérés, il n'en était rien. Examinés par mon interne, M. Maurice Chaillou, ils furent reconnus comme simplement enflammés comme celui-ci.

L'existence de ganglions dans cette région n'a jamais été signalée, que je sache. Quels lymphatiques reçoivent-ils? Leur coexistence avec la cystite dans les deux cas me permet de penser qu'ils peuvent recevoir les lymphatiques de la vessie. En tout cas, je n'ai trouvé ni chez l'un ni chez l'autre de mes opérés d'autre lésion infectieuse que la cystite.

On doit évidemment les observer rarement; peut-être sont-ils moins rares que je ne le pense, car ils peuvent passer inaperçus s'ils sont petits et s'ils n'attirent pas l'attention.

Il ne me paraît pas douteux que, puisqu'ils existent, ils ne peuvent donner lieu à des adénites et péri-adénites suppurées, ce qui m'expliquerait ainsi l'existence de phlegmons et d'abcès de la cavité de Retzius, lesquels sont du reste rares, et qu'on ne peut toujours, tant s'en faut, expliquer par une propagation de l'infection à travers les parois de la vessie, quand il n'existe pas de perforation de cet organe.

Il existe donc une adénite de la cavité de Retzius.

Où se rendent les lymphatiques qui partent de ce ganglion? c'est ce qu'il m'est impossible de dire ; je laisse aux anatomistes le soin de décrire les vaisseaux afférents et les efférents,

Voici la note sommaire qui m'a été remise par le Dr Potier.

Examen histologique, par M. F. Potier (laboratoire de M. Cornil).

La structure ganglionnaire est indiscutable. Il s'agit d'un ganglion normalement conformé. La capsule, les prolongements capsulaires, les follicules sont absolument typiques. Les sinus périfolliculaires sont un peu distendus. Les cellules lymphatiques qui les remplissent paraissent plus nombreuses, plus tassées que normalement, ce qui indique un léger état congestif. Les artères ganglionnaires sont indemnes.

26 juillet 1899.

Élections

POUR LA NOMINATION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Votants : 26.

MM.	Albarran	16 voix.
	Demoulin	6 —
	Verchère	3 —
	Beurnier	1 —

M. Albarran est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des mois d'août et de septembre ;

2° Une lettre de M. Pierre Delbet qui demande un congé pendant le mois d'octobre.

3° Des lettres de MM. Tuffier, Rochard et Potherat, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

4° M. Gerota, chirurgien des hôpitaux de Bucharest, envoie un travail sur la *présence de ganglions dans la cavité de Retzius*. — Renvoyé à une commission : M. Bazy, rapporteur.

Nécrologie.

M. Pozzi. — J'ai une douloureuse mission à remplir en vous faisant part de la mort de trois de nos collègues.

Alfred Marchand était depuis 1882 membre de la Société. Ancien prosecteur des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté (en 1875), après un brillant concours, chirurgien des hôpitaux (en 1876), il était chef de service à l'hôpital Baujon. Ses qualités éminentes d'opérateur et de clinicien étaient appréciées de tous ses confrères, en particulier de ceux qui, comme votre président, avaient suivi Marchand durant ses études et ses concours. Depuis trop longtemps il était tenu éloigné de la Société par une cruelle maladie à laquelle il a fini par succomber. Ses travaux scientifiques ne sont pas aussi nombreux qu'on aurait pu l'attendre de sa forte intelligence et de sa grande capacité de travail, car il s'était surtout consacré à la pratique où il obtenait de beaux succès. Sa mort sera vivement ressentie par ses collègues et par ses amis.

William Binaud, membre correspondant national, était un des plus jeunes agrégés de la Faculté de Bordeaux. Il avait été mis en évidence par une excellente thèse sur l'hématocèle rétro-utérine. Quand la mort l'a frappé, il était en train de publier en collaboration avec M. Braquehaye un travail sur les tumeurs épithéliales de la mamelle. Cette mort prématurée anéantit les plus brillantes espérances.

Le Dr François Poncet, médecin principal de 1re classe de l'armée, en retraite, ancien professeur et médecin en chef du Val-de-Grâce, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Vichy, était depuis de longues années membre correspondant de notre Société. Il avait acquis une légitime notoriété par d'intéressants travaux d'ophtalmologie, en particulier par des études patientes sur l'anatomie pathologique de l'œil. Il appartenait à cette génération près de s'éteindre, de chirurgiens-oculistes pour lesquels la spécialisation avait été précédée de fortes études de chirurgie générale et qui en avaient gardé un esprit scientifique et un sens clinique d'une étendue qui devient de plus en plus rare. — La Société de chirurgie fait là une perte sensible.

Discussion

Sur l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin (*Suite*).

M. Ed. Schwartz. — J'ai fait jusqu'il y a deux ans constamment l'hystérectomie vaginale où l'ablation sous-vaginale du col dans les cas de cancers du col opérables, c'est-à-dire sans envahissement considérable des ligaments larges, sans signes de généralisation. Je dois avouer que les résultats thérapeutiques obtenus n'ont pas été satisfaisants, puisque j'ai presque toujours observé la récidive dans un délai de deux ans après l'intervention. Par contre, les résultats opératoires avaient été excellents; pas d'accidents, si ce n'est une fistule vésico-vaginale.

La technique de l'hystérectomie abdominale s'étant considérablement perfectionnée, et convaincu qu'il est possible de se rendre compte par la vue et le toucher, après la laparotomie, de l'existence de lésions qui passent inaperçues quand on opère par le vagin, j'ai pratiqué depuis deux ans l'ablation des tumeurs du col par l'abdomen.

Deux de ces opérations datent déjà, l'une de vingt-trois mois, l'autre de quinze mois. Les quatre autres ont été faites cette année même.

Toutes peuvent intervenir au point de vue d'une statistique opératoire. Elles se sont terminées toutes les six par la guérison opératoire sans aucun incident, si ce n'est une fois un abcès de la paroi.

Voici ma manière de faire :

Je commence toujours par un premier temps de destruction et désinfection du col et du vagin.

Il consiste à détruire à l'aide du thermocautère après évidement par la curette tous les tissus bourgeonnants et ulcérés, puis à bourrer le fond du vagin, et ce qui reste du col, de gaze iodoformée.

Ce premier temps accompli, je passe, après désinfection nouvelle des mains, à l'ablation abdominale, dans la position de Trendelenbourg.

Il faut voir et toucher et s'aider des écarteurs dont un des meilleurs modèles est encore celui de notre collègue Montprofit, d'Angers.

Après ablation de l'utérus de gauche à droite avec une collerette vaginale par ligature préventive des utéro-ovariennes et des utérines, j'explore toute la région uretérale et la région des iliaques, la base du ligament large de chaque côté et le voisinage du trou obturateur. C'est là que se trouvent les ganglions quand il y en a. Drainage vaginal après suture du péritoine.

Dans mon premier cas, j'ai enlevé une masse épithéliale qui englobait l'uretère gauche, puis poursuivi les tissus suspects le long de l'artère utérine après résection étendue du vagin. J'ai touché au thermocautère la cavité ainsi creusée. Malgré tout, la récidive est survenue au bout de dix-huit mois.

Dans un second cas, il m'eût fallu réséquer l'uretère envahi lui-même par le néoplasme. Je ne l'ai pas fait et sincèrement mon opération a été incomplète. Aussi n'ai-je pas été étonné de la repullulation qui s'est dessinée deux à trois mois après l'intervention.

Dans les quatre derniers cas, je n'ai pas trouvé de ganglions, si ce n'est une seule fois, à la bifurcation de l'aorte, en arrière du mésocôlon iliaque.

Le ganglion, gros comme une noix, a été extirpé, examiné; il s'agissait d'un ganglion inflammatoire.

Mes deux dernières observations concernent des femmes opérées certainement tout près du début de leur affection, et, à cet égard, elles seront intéressantes à suivre. Mais il m'est impossible de rien préjuger, et de parler des résultats thérapeutiques, comme je l'ai dit au début

Le curettage et la cautérisation préliminaire du col malade me paraissent constituer un des temps essentiels, si on veut éviter

l'infection de la grande séreuse péritonéale. On n'aura pas à regretter le soin avec lequel on l'exécutera.

Le drainage consécutif vaginal me paraît indiqué tout naturellement, étant donné que malgré toutes les précautions, l'asepsie peut être mise en défaut.

Au point de vue de la recherche des lésions, de leur poursuite, il n'y a pas de comparaison à établir entre l'ablation par le vagin et par l'abdomen. L'avenir nous dira si cette manière de faire nous apportera plus de guérisons définitives et quelles sont les limites dans lesquelles elle sera utile et profitable à nos opérées.

Rapport.

Du procédé de Villar, dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés, par M. J. Vanverts (de Lille).

Rapport de M. CH. MONOD.

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail adressé à la Société de chirurgie par M. Vanverts (de Lille), ancien interne des hôpitaux de Paris, relatif au procédé qu'il emploie de préférence pour la cure des hernies inguinales.

Le principal mérite de ce procédé est la suppression, dans la réfection de la paroi abdominale, des fils laissés à demeure dans les tissus.

C'est dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine que M. Vanverts, alors mon interne, a eu l'idée de l'opération qu'il préconise. Il n'a, du reste, dit-il, « fait qu'appliquer à la suture des parois inguinales et des téguments dans l'opération de la hernie inguinale un procédé de réunion qu'il avait vu employer par son maître M. Monod pour fermer les plaies de laparotomie, procédé dont il avait pu constater à maintes reprises la simplicité et l'efficacité ».

Cette suture est à un seul plan. Je la pratique de la façon suivante. Une aiguille emmanchée, forte et très courbe, est enfoncée dans la peau, sur l'une des lèvres de la plaie, à 6 ou 8 millimètres du bord libre de cette lèvre; la peau traversée, l'aiguille est inclinée de façon que sa pointe, glissant sous le tégument de dedans en dehors, aille pénétrer et traverser le muscle droit et sa gaine — ce muscle ayant été au préalable bien mis à découvert par incision de son enveloppe dans toute la hauteur de la plaie. L'aiguille ayant ainsi chargé le muscle dans sa concavité, sa

pointe est ramenée vers la ligne médiane de façon à reparaître dans le ventre en perforant le péritoine, le plus près possible de son bord libre. La même manœuvre étant répétée sur la lèvre opposée, on comprend qu'un fil ainsi placé soit disposé de telle sorte qu'il comprenne dans son anse très peu de peau, beaucoup de muscle, très peu de péritoine.

Le fil que j'emploie est un crin double ; on pourrait aussi bien se servir de fils métalliques.

Je trouve à cette manière de faire, l'avantage de fournir d'une part une réunion très solide, grâce à la fusion sur la ligne médiane des deux muscles droits formant une sangle unique et résistante, d'autre part, de rendre impossibles les suppurations qui résultent trop souvent de l'élimination des fils systématiquement abandonnés dans les tissus.

M. Vanverts a pensé qu'à ce dernier point de vue surtout, la suture que je viens de décrire pourrait être utilement employée dans la cure des hernies inguinales.

Les procédés modernes de cure radicale de ces hernies, celui de Bassini en particulier, assurent une excellente réfection des parois inguinales, mais ils comportent l'emploi de fils perdus, qui rapprochent les divers plans aponévrotiques et musculaires et les maintiennent en contact. Si l'on a, pour ces points profonds, recours au catgut, on peut craindre une résorption trop rapide; si l'on emploie la soie, on n'évite pas toujours les suppurations dont je rappelais à l'instant la fréquence — et cela non seulement dans les premiers jours, lorsque quelque faute a été commise au cours de l'opération, mais aussi plus tard, en dépit de toutes les précautions prises, par infection secondaire.

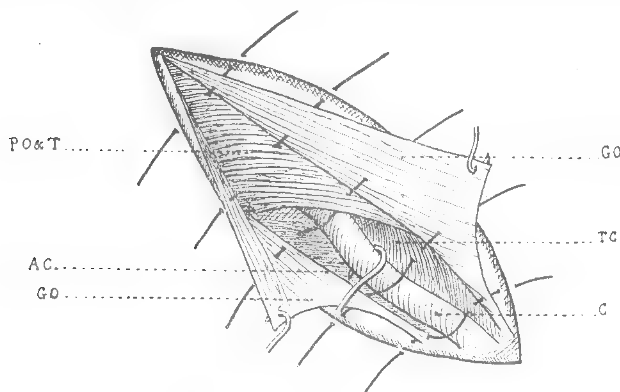
C'est pour parer à ces fâcheux accidents que MM. Duplay et Cazin, Defontaine, Faure, Del Greco, Jonnesco ont inventé d'ingénieux procédés de suture dont la description m'entraînerait trop loin — qui ont tous pour objet la suppression, dans la cure radicale des hernies, des fils perdus.

J'ai dit que M. Vanverts atteint le même but et par un moyen plus simple, en appliquant aux parois inguinales la suture à un seul plan qu'il m'avait vu faire dans mes laparotomies. Pour cela, laissant le cordon en arrière, il réunit au-devant de lui, en bloc, tous les tissus, muscles, aponévroses, peau qui constituent le canal inguinal ou qui le recouvrent.

Le sac et son contenu étant découverts et traités par les moyens ordinaires, voici comment M. Vanverts procède pour le dernier temps de l'opération, la restauration de la paroi : « Les muscles petit oblique et transverse étant bien mis à nu, on libère tout d'abord leur face postérieure sur une hauteur de 2 à 3 centi-

mètres, et l'on fixe leur bord inférieur avec une pince de Kocher. Le cordon spermatique est abandonné dans la profondeur. Une aiguille très courte, montée à angle droit sur un manche, est enfoncée dans la lèvre supérieure de l'incision, à 5 ou 8 millimètres de son bord libre, et près de son extrémité externe. L'aiguille traverse le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose du grand oblique, et enfin les muscles oblique et transverse à deux centimètres au moins au-dessus de leur bord inférieur. L'index gauche de l'opérateur, appuyant sur le cordon et protégeant les tissus profonds (vaisseaux iliaques externes), l'aiguille pénètre de la profondeur vers la superficie dans l'épaisseur de l'arcade crurale, traverse du même coup et embrasse la lèvre inférieure de l'aponévrose incisée du grand oblique, puis la lèvre inférieure de l'incision cutanée, à 5 ou 8 millimètres de son bord libre, en un point correspondant à celui où elle a pénétré la lèvre supérieure. Un crin solide, simple ou double, suivant sa résistance, est introduit dans le chas de l'aiguille, et celle-ci est retirée.

« Le premier point est placé. Les autres le sont de même, en dedans du précédent, séparés les uns des autres par une distance de 8 à 10 millimètres ; leur nombre varie avec la longueur de la



AC, Arcade crurale ; — C, Cordon ; — GO, Aponévrose du grand oblique ; PO et T, Petit oblique et transverse ; — TC, Tendon conjoint.

plaie ; il est en général de cinq. Les fils inférieurs traversent le tendon conjoint, et les piliers inguinaux. Le dernier fil est placé de telle façon que l'orifice qui donne passage au cordon soit suffisant pour que celui-ci ne subisse pas de compression. »

Je dois ajouter immédiatement que M. Vanverts ne fut pas peu désappointé dans sa petite satisfaction d'inventeur lorsqu'il s'aperçut que le procédé de suture qu'il croyait inédit n'était autre, à quel-

ques détails près, que celui proposé et déjà exécuté par le Dr Villar (de Bordeaux).

Il s'est hâté du reste de rendre à César ce qui était à César. Vous avez vu en effet, par le titre de sa communication, que celle-ci n'a d'autre objet que d'attirer votre attention sur les résultats que l'on peut attendre de l'application du *procédé de Villar* à la cure radicale des hernies inguinales.

Aussi bien, la question de priorité mise à part, ce sont les résultats obtenus et particulièrement les résultats éloignés, qu'il importe de connaître.

Admettant avec notre collègue, M. Lucas-Championnière, que, lorsque la cure radicale échoue, la hernie reparaît dans les six mois qui suivent l'opération, M. Vanverts se croit en droit de considérer comme guéris les opérés qui au bout de ce temps ne présentent pas de récidive.

Or, sur vingt malades opérés par lui, onze ont été revus huit mois et plus après l'opération subie; tous avaient une paroi solide; aucun ne portait de bandage.

M. Villar, de son côté, a pu revoir trois de ses opérés, au bout d'un an, quinze mois et dix-neuf mois; ils ne présentaient eux non plus, pas trace de récidive.

Soit en tout, en combinant les résultats obtenus par ces deux chirurgiens, quatorze guérisons définitives sur quatorze malades revus.

On peut réunir en un seul bloc les faits de Duplay et Cazin, de Faure, de Villar et de Vanverts, puisque, quelles que soient les différences qui les séparent, les procédés employés par ces chirurgiens ont tous ce point commun qu'ils n'emploient que des fils temporaires pour la réfection de la paroi abdominale. On arrive ainsi à un total de trente-six observations, avec trente-six guérisons constatées à distance.

Ce relevé fait par M. Vanverts pourrait porter sur un nombre d'observations plus considérable. L'opération de M. Villar continue à être couramment appliquée dans mon service et j'attends encore un cas avéré de récidive.

Je ne dis pas qu'il ne s'en présentera jamais, la perfection n'étant pas de ce monde, mais on m'accordera du moins que les récidives sont rares.

Il est donc permis de conclure que les résultats éloignés de l'opération de cure radicale des hernies inguinales par les procédés à fils temporaires sont au moins aussi bons que ceux de la même opération pratiquée avec des fils permanents. Comme d'autre part ces procédés (à fils temporaires) mettent nécessairement à l'abri des accidents d'infection secondaire, on comprend

que l'on soit conduit à leur donner la préférence dans la cure de la hernie inguinale.

Cette manière de voir est celle de M. Vanverts, je la partage absolument.

Mais ces procédés sont nombreux. En quoi celui de Villar est-il supérieur aux autres, à ceux de Duplay et Cazin, de Faure, de Jonnesco, de Del Greco, etc.?

C'est le point que M. Vanverts examine dans la seconde partie de son travail. Il n'a pas une extrême importance puisque, de l'aveu de M. Vanverts lui-même, si l'on s'en rapporte à l'expérience des chirurgiens qui les ont employés, tous ces procédés semblent excellents.

Si M. Vanverts reste fidèle à celui de M. Villar, c'est qu'il est d'une exécution plus simple, sans être moins efficace.

Une seule objection pourrait être faite à M. Vanverts, à savoir que. dans le procédé de Villar, il reste un fil perdu, celui qui a été posé sur le sac. On pourrait le supprimer lui aussi, en empruntant à MM. Duplay et Cazin leur procédé de fermeture du péritoine à l'aide du sac lui-même divisé en lanières. Mais, sans compter que ce procédé n'est pas toujours applicable, l'expérience clinique montre que ce n'est jamais le fil du sac — fil qui doit toujours être en catgut, — qui donne lieu aux accidents consécutifs de suppuration tardive, dans la cure radicale des hernies.

A tous égards donc, je considère, comme M. Vanverts, que le procédé qu'il préconise peut être considéré comme le procédé de choix dans la cure des hernies inguinales.

Je vous propose, Messieurs, de remercier M. Vanverts, de son intéressante communication, de déposer honorablement son travail dans nos archives et de l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de notre Société.

Présentation de malade.

M. Morestin présente une malade opérée pour *étranglement interne*, au cours du travail de l'accouchement. — Renvoyé à une commission : M. Rochard, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Gérard Marchant, une de M. Berger et une de M. Quénu, qui, retenus au concours du prosectorat, demandent un congé.

A propos de la correspondance.

M. Nimier dépose une observation de M. G. Carlier : *Plaie de l'avant-bras, ligature de l'humérale, suture du nerf cubital.*

Renvoyé à une commission : M. Lejars, rapporteur.

Discussion

De l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin (suite).

M. Routier. — Dans le traitement du cancer utérin, j'ai été un des premiers à adopter l'hystérectomie vaginale que je considérais et que je considère encore comme une opération bénigne eu égard à la gravité de la maladie, surtout quand on l'applique aux cas où l'utérus est mobile, alors que les ligaments ne sont pas encore envahis par le néoplasme.

Quand le cancer est trop avancé, quand il a dépassé les limites du col, quand j'estime que l'hystérectomie vaginale serait trop laborieuse, et par cela même dangereuse, je me contente, soit de simples pansements, soit de ces opérations palliatives que, dans les premières discussions de la Société, les ennemis de l'hystérectomie vaginale, opération nouvelle, alors, lui opposaient; et selon les cas, je fais, soit le curettage du cancer,

soit une amputation plus ou moins atypique du col, quelquefois de simples pansements.

Je dois avouer que dans le cas où je ne m'en suis pas tenu à cette pratique, je n'ai pas eu de chance; il est vrai que c'étaient de bien mauvais cas, mieux eût valu n'y pas toucher.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de cinquante-quatre ans; j'avais bien senti un prolongement dur à droite; comme un envahissement du ligament large droit; mais j'espérais qu'au cancer s'ajoutait une salpingite et que je pourrais faire une hystérectomie vaginale.

C'est dans l'impossibilité de pratiquer cette opération que j'eus recours à la voie abdominale.

Le cas était des plus mauvais : je trouvai à gauche une salpingite purulente, en effet, mais des adhérences dures et épaisses à droite, qui étaient de l'envahissement cancéreux. La ligature et la section des utéro-ovariennes et des ligaments larges ne mobilisèrent pas sensiblement l'utérus.

Pour pouvoir enlever la matrice, je dus la fendre en deux par une section médiane; c'était en janvier 1894. Je n'ai pas pensé prendre un brevet d'invention pour le procédé que j'ai employé par nécessité, et que je crois du reste très médiocre.

Dans mon cas surtout, car j'ouvris une cavité cancéreuse, j'infectai ma malade et elle mourut très rapidement, environ treize heures après mon intervention.

Dans un second cas, février 1897, femme de trente-quatre ans, je fis une hystérectomie abdominale parce que j'avais pensé que la voie vaginale ne me donnerait rien à cause de la fixité de l'utérus.

D'autre part, l'âge de ma malade, son bon état apparent, m'influencèrent pour adopter une méthode radicale.

L'opération fut des plus pénibles; après avoir enlevé deux salpingites, je dus aborder les artères utérines dans une gangue dure mais friable de tissu cancéreux sur lequel les ligatures ne tenaient pas.

Bref, après une opération très laborieuse, j'eus la douleur de perdre ma malade huit jours après, de septicémie.

Récemment, chez une femme de soixante-neuf ans, j'ai dû recourir à l'hystérectomie abdominale; j'y ai été contraint par la friabilité du col qui a rendu toute prise vaginale impossible; sous la simple pression des pinces le col avait disparu et saignait; je ne pouvais réussir à faire des prises satisfaisantes; je pratiquai la laparotomie, ne voulant pas laisser cette opération inachevée.

Quand j'eus lié les utéro-ovariennes et les ligaments ronds, l'utérus vint dans la main; l'hémostase des utérines avait été

faite par écrasement pendant mes manœuvres vaginales du début.

Je n'ai donc pas eu ici à lutter avec ces difficultés dont nous ont parlé quelques orateurs, difficultés que je connais parfaitement, cette fixation du col et des parties voisines, c'est-à-dire des artères utérines, par les tissus infiltrés, et l'extrême peine qu'on éprouve à y porter une ligature, comme dans une de mes observations.

Ma malade est encore morte, le neuvième jour il est vrai, et avec tous les signes d'une pneumonie; mais pourrait-on en conclure que mon intervention n'y est pas pour quelque chose? Ce n'est pas mon avis.

C'est bien dur pour une méthode, de ne lui accorder que le rebut des cas dont on ne veut pas pour l'hystérectomie vaginale, et ce n'est pas un moyen équitable pour la juger.

Je ne puis ni ne veux dire par là, qu'il faut rejeter l'hystérectomie abdominale pour la cure du cancer de l'utérus, mais je crois que je continuerai à traiter par l'hystérectomie vaginale les cancers de l'utérus bien limités, qui laissent à l'organe toute sa mobilité, et par là même engagent, ce me semble, à suivre, à cause de sa facilité d'exécution, l'intervention par la voie vaginale.

Les ganglions qu'on peut enlever par la voie abdominale, ne me semblent pas un argument décisif, car je suis persuadé que si on enlève des ganglions, on n'enlève que l'infime minorité de ceux qui sont envahis, et qu'on ne doit guère augmenter les chances de survie.

Permettez-moi, pour effacer la mauvaise impression de cette statistique de 3 morts sur 3 opérées par l'abdomen de cancer de l'utérus, de vous dire que, par la voie vaginale, j'ai 78 opérations, dont 10 morts,

que 1 de mes opérées vit depuis 6 ans sans récidive.
que 3 — vivent — 4 —
que 6 — vivent — 3 —
que 7 — vivent — 2 —
que 8 — vivent — 1 an sans récidive, de sorte que je reste partisan de l'*hystérectomie vaginale* employée seulement, comme je l'ai dit, dans les cas où l'utérus est mobile.

M. Richelot. — Les progrès décisifs de l'hystérectomie abdominale ont remis en discussion le traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Ainsi tout change et se renouvelle ; mais tous n'apportent pas dans l'examen des méthodes rajeunies la prudence nécessaire et la crainte des solutions hâtives.

Quand nous avons adopté l'hystérectomie vaginale, nous

disions : oui, sans doute, la zone des ganglions nous échappe ; néanmoins notre intervention est raisonnable et supérieure aux sections du col, en même temps qu'elle est modeste et reconnaît les limites qui lui sont imposées par la force des choses : elle nous promet des succès durables dans les seuls cas où de rares cellules cancéreuses auront émigré vers les parties voisines et voudront bien y sommeiller longtemps (survies prolongées), peut-être aussi quand nous aurons la chance d'intervenir avant que les vaisseaux lymphatiques aient porté hors de l'utérus aucun germe de repullulation (guérisons définitives ?) Or, les cancers du col n'ont pas tous une évolution très rapide, et ceux du corps, on ne sait pourquoi, nous laissent toujours un assez long répit. Nous avions donc une méthode *rationnelle.*

En même temps, nous faisions une opération *bénigne.* Une addition des documents qu'il a pu réunir donne à Picqué le chiffre un peu factice de 8,9 p. 100. J'ai, pour mon compte, une série de quatre-vingt-quinze opérations avec six morts. Un seul cas sur les six a été opéré dans de bonnes conditions apparentes ; un épanchement sanguin est survenu dans la nuit qui a précédé l'ablation des pinces. Quant aux autres, il faut bien en tenir compte, ils montrent les dangers qui guettent le chirurgien lorsqu'il est surpris par un diagnostic difficile ou cherche à tirer parti d'un cas douteux, mais ils s'effacent devant la simplicité merveilleuse et la réussite presque certaine de toutes les opérations qui portent sur des tumeurs bien circonscrites et des utérus bien mobiles, les seules, après tout, qui puissent nous donner des résultats satisfaisants.

Enfin, l'hystérectomie vaginale s'est montrée *efficace.* Si Jacobs n'a pas eu de chance, si Bouilly est pessimiste, d'autres auteurs ont noté des guérisons persistantes, sans récidive, après 12, 10, 8, 6, 5 ans, etc. J'ai des malades qui restent bien portantes depuis 12 ans et demi, 10 ans, 9 ans, 8 ans, 6 ans, 3 ans, 2 ans ; je laisse de côté les plus récentes. J'en ai perdu de vue, en bonne santé, après 5 ans, 4 ans, 3 ans et demi.

On nous dit : « Ce n'était pas des cancers ! » Le diagnostic du cancer utérin n'est cependant pas difficile ; presque toujours il est évident, même dans les cas franchement opérables. Mais au début, quand la tumeur est naissante, et quand on est novice ? Nous l'avons tous été, et nous avons pris des métrites pour des cancers ; tous nous pouvons être encore trompés, une fois par hasard, par un cas exceptionnel. Mais cela veut-il dire que la statistique en est faussée ? J'ai enlevé deux fois, à mes débuts, un utérus atteint de métrite ; chez deux autres malades, l'examen histologique m'a laissé dans l'incertitude ; j'ai encore fait, depuis cette époque,

deux faux diagnostics; mais aucun de ces faits, naturellement, ne figure dans la statistique. La question n'est pas de savoir si un observateur peut hésiter quelquefois sur les apparences cliniques, si même l'histologie peut, sur de rares spécimens, avoir quelque peine à se prononcer. Il est toujours facile, avec de la bonne foi, d'éliminer les cas douteux ou négatifs, et de publier des chiffres incontestables.

D'ailleurs, certains faits tranchent la question. J'opère une malade en 1886; au bout de cinq ans et demi elle est bien portante. Cette guérison prolongée vous paraît suspecte? Rassurez-vous, la malade meurt de récidive à la fin de la sixième année.

Autre exemple : une femme avait subi l'amputation du col; après deux ans, il y eut récidive; Ott (de Saint-Pétersbourg) lui fit alors une hystérectomie vaginale, et, six ans plus tard, la guérison ne s'était pas démentie. Était-ce, oui ou non, du cancer?

Si encore vous contestiez les seules « cures radicales », on pourrait s'entendre, bien que je sois fort tenté de considérer comme telles des guérisons qui durent depuis 9, 10, et 12 ans. Mais nier les « cures prolongées » et les bienfaits de l'hystérectomie vaginale, après des cancers typiques, nettement démontrés par la clinique et par l'histologie, c'est tout bonnement nier l'évidence. Et puisque je peux citer, sans l'ombre d'un doute, au moins dix-sept malades sur quatre-vingt-quinze à qui j'ai amplement rendu service et dont plusieurs semblent guéries définitivement, je dis que, malgré les défections et les plaidoyers tendancieux, la cause de l'hystérectomie vaginale n'est pas encore perdue.

Voyons maintenant ce que nous promet la voie haute, et ce qu'elle nous a donné jusqu'ici. Il y a des nuances parmi ses partisans. Quelques-uns, tout en disant qu'il ne faut agir que s'il y a espoir de tout enlever, tout en se défendant de vouloir faire de la « virtuosité », abordent néanmoins de parti pris les cancers dont la diffusion est évidente, et trouvent plus « scientifique », plus « chirurgical » de réséquer les ligaments larges, de fouiller à travers les infiltrats et les parcelles néoplasiques, de poursuivre les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte. Presque toutes les opérations abdominales de ces dernières années ont été faites dans ces conditions, et vraiment je n'ai pas le courage de les discuter en détail. Je veux bien qu'on n'ait pas renoncé d'avance à tout espoir; mais qu'après y avoir passé, on ait encore la prétention d' « enlever tout » et d'empêcher le cancer de revenir, c'est une illusion qu'il faut absolument repousser.

Tout autre est la doctrine spécieuse qui, jetant par-dessus bord les cancers envahissants, considère l'hystérectomie abdominale comme le seul traitement des cancers nettement circonscrits,

franchement opérables par la voie basse, aussi près de leur début qu'on peut les rencontrer. Il s'agit, en somme, d'adopter ici les mêmes principes que pour tous les cancers : intervenir le plus tôt possible, et enlever non seulement la tumeur primitive, mais la zone lymphatique et les ganglions correspondants, en faisant toujours, et de parti pris, l' « évidement du bassin ».

Si vous adoptez cette doctrine, que faites-vous des laparotomies dans lesquelles l'utérus seul a été enlevé, et qui cependant n'ont pas donné de mauvais résultats? Il y en a au moins une remarquable, c'est la première de Freund : la malade, opérée le 30 janvier 1878, — on ne faisait pas l'évidement à cette époque, — vivait encore en 1893, avec une santé parfaite; on peut donc vivre quinze ans, alors même qu'on n'a subi ni évidement ni recherche ganglionnaire. Voilà des faits qui se retournent contre vous et plaident indirectement la cause de l'hystérectomie vaginale, en nous montrant qu'au moment de l'intervention, le cancer n'est pas toujours propagé et les ganglions ne sont pas toujours pris.

D'après Jacobs, ils le seraient toujours. Cet auteur a opéré deux séries de malades : les huit premières étaient trop avancées, il les renie avec raison; chez les quinze suivantes, opérées à temps, les seules où la question puisse être posée, il assure qu'ils étaient envahis. Hélas ! nous avons tous vu des séries de quinze opérées chez lesquelles la récidive ne s'est pas fait attendre, et nous savons bien qu'on peut trouver quinze fois de suite les ganglions malades. Mais voici d'autres chiffres : vingt-deux fois sur soixante-dix-huit, d'après Roger Williams, une fois sur deux d'après Peiser, nous pourrions enlever la tumeur primitive sans nous occuper des ganglions, et peut-être compter sur la cure radicale ! C'est plus beau que nature, et je ne sais comment Picqué, en rappelant ces chiffres, les trouve désespérants.

C'est plus beau que nature, parce qu'il y a, outre la tumeur primitive et les ganglions, la zone infectée de la paroi vaginale et du parametrium, les traînées invisibles à travers les tissus. Or, si peu qu'on réfléchisse et qu'on regarde, on a peine à comprendre que des chirurgiens puissent rêver la dissection intégrale des tissus contaminés. La comparaison avec le cancer du sein est spécieuse; les ganglions axillaires sont réunis en paquet; il est facile d'enlever en bloc, entre la tumeur et le groupe ganglionnaire, la peau, la graisse, l'aponévrose, les muscles même. Et, cependant il y a des récidives; et s'il en est ainsi dans une région où nous avons nos coudées franches, que pourrons-nous faire dans la cavité pelvienne? Que signifie ce dédoublement du ligament large, comme si nous pouvions racler ses deux feuillets, et cette mise à nu de l'uretère, comme si nous pouvions le dépouiller réellement,

détruire les dernières travées conjonctives, suivre à la piste les cellules cancéreuses le long des artères iliaques ! Les ganglions ne sont que des relais sur le trajet de l'infection; à quoi sert d'en prélever quelques-uns?

Ainsi, la poursuite de l'invasion cancéreuse à travers le petit bassin me paraît une illusion. Nous ferons mieux d'avoir des visées moins hautes. Le but rêvé, c'est d'intervenir avant que les cellules cancéreuses aient cheminé hors de l'utérus. Telle était, il y a quinze ans, l'idée qui nous inspirait : prévenir l'envahissement, et non le poursuivre. Tel est, aujourd'hui encore, le véritable traitement du cancer utérin.

Est-ce à dire que nous ne puissions plus rendre aucun service, dès que l'envahissement est commencé? Non certes, puisqu'il y a des survies post-opératoires qui durent trois, quatre, cinq ans, et finissent par une récidive, démontrant ainsi que des cellules avaient franchi l'utérus, mais que, restées seules et sans apport nouveau, elles ont longtemps sommeillé au sein des tissus.

Est-ce à dire qu'il faut refuser toujours de mettre à profit les progrès réalisés dans la technique de l'hystérectomie abdominale? Non plus ; le désir d'agrandir notre champ d'action, avec beaucoup de réserve et de prudence, alors que l'envahissement est encore très discret mais suffisant pour frapper d'impuissance l'intervention vaginale, n'est pas illégitime. J'ai fait seize opérations dans cet ordre d'idées; j'ai perdu huit malades. J'ai été souvent trompé par l'étendue de la propagation ; plusieurs fois j'ai dû laisser des masses cancéreuses et des surfaces infectées ; une fois, le bas-fond de la vessie, envahi par le néoplasme, s'est rompu ; j'ai eu des malades âgées, affaiblies, athéromateuses, des parois abdominales chargées de graisse, des opérations difficiles et longues. En fait, j'ai largement dépassé l'indication qui me semble permise, et j'en tire l'enseignement que, sous peine de faire une chirurgie brouillonne et sans valeur, il faut s'avancer très peu sur un aussi mauvais terrain.

Cependant, tout n'est pas à rejeter. Deux malades m'ont donné satisfaction. La première, âgée de soixante-trois ans, avait un cancer envahissant, la paroi vaginale infiltrée, étroite et rigide, le museau de tanche disparu, sans prises possibles; rien à faire par la voie basse ; j'ai fait la laparotomie, largement réséqué la paroi vaginale, reconstitué les surfaces séreuses, et ma malade est en pleine santé depuis vingt mois. La seconde, âgée de quarante et un ans, avait un col absolument détruit, effacé, et des culs-de-sac ayant perdu leur souplesse ; par l'abdomen, j'ai réséqué la paroi vaginale, un écoulement sanguin persistant m'a fait mettre seize pinces à demeure sortant par la plaie ; depuis un an la

malade est bien portante, elle a repris de la force et de l'embonpoint, elle travaille, elle n'a pas trace de récidive. Voilà deux cas où je n'ai fait ni évidement, ni recherche ganglionnaire; je ne sais ce qu'ils deviendront en fin de compte, mais dès maintenant je suis sûr d'avoir fait plus et mieux que je n'aurais pu faire par une hystérectomie vaginale. Il y a là un fait nouveau, un progrès peu contestable, une indication positive quoique difficile à saisir. Voilà dans quelles conditions et dans quelle mesure j'admets l'intervention par la voie sus-pubienne.

Je n'ai pas encore parlé de la gravité opératoire, parce que cette question de la gravité est toute relative. Les chiffres connus semblent dire que la mortalité de l'hystérectomie abdominale est quatre fois plus grande que celle de la vaginale; mais on peut soutenir que cette mortalité diminuera quand on aura renoncé aux interventions téméraires et qu'on fera de parti pris la laparotomie dans les cancers peu avancés. Aussi passerais-je condamnation, si les faits connus jusqu'ici paraissaient jeter quelque lueur sur son efficacité dans l'avenir. Malheureusement, après avoir cherché à démontrer que cette méthode peut donner des survies plus longues et des guérisons radicales plus fréquentes, Picqué avoue que « les observations rapportées ne plaident pas beaucoup en faveur de cette idée ». Somme toute, j'arrive aux conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie vaginale, appliquée aux utérus mobiles et aux cancers nettement circonscrits, a une mortalité presque nulle. Quant aux résultats éloignés, elle a, dans une proportion qui varie suivant les auteurs, mais qui certainement n'est pas inférieure à 10 p. 100, des survies prolongées et des guérisons qui semblent définitives. Elle a donc fait ses preuves, et les services qu'elle a rendus sont indiscutables.

2° Il serait excessif de refuser, dans certains cas, les avantages que peuvent nous donner les perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale. Ces cas sont rares et bien difficiles à juger; mais il est permis d'adopter la voie haute en présence d'un envahissement très limité, suffisant pour réduire la méthode vaginale à l'impuissance, mais éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer. Il convient de marcher dans cette voie avec la plus grande réserve, sous peine d'avoir de nombreux mécomptes.

3° L'hystérectomie abdominale, appliquée de parti pris et comme seul traitement du cancer utérin, a une mortalité quatre fois plus grande que l'opération rivale — avec les réserves que j'ai faites. Quant aux résultats thérapeutiques, il y en a quelques-uns d'excellents à la suite des opérations simples, sans évidement

ni recherche ganglionnaire, en d'autres termes, dans les conditions d'une hystérectomie vaginale. Après les ablations prétendues complètes, ceux que nous connaissons déjà sont mauvais, ou trop récents pour être jugés; nous restons pour l'avenir dans un doute absolu. Il n'est pas niable que, dans les cancers peu avancés, la méthode sus-pubienne pourra donner des résultats éloignés comparables à ceux de l'autre méthode, mais rien ne permet d'affirmer qu'elle en donnera de meilleurs.

4° Dans la chirurgie du cancer, il faut savoir se borner. Ce n'est pas la chirurgie qui trouvera la guérison du cancer; et il est bien douteux que la médecine y réussisse par l'invention d'un sérum et l'atténuation d'un microbe introuvable. Mais il est un point sur lequel toutes les nuances d'opinion doivent s'unir et se confondre : c'est la nécessité de répéter aux malades que leur seule chance de salut est dans une intervention précoce. Ne cessons pas de leur dire que, si elles savaient nous entendre, nous pourrions les mieux servir avec des opérations moins dangereuses.

Présentation de malade.

Ostéomes du brachial antérieur.

M. Nimier présente un soldat porteur d'un ostéome du brachial antérieur, développé à la suite d'une luxation du coude en arrière. La luxation, survenue en janvier dernier, fut réduite sur-le-champ, et neuf jours plus tard, au dire du blessé, l'on constatait dans le pli du coude une tuméfaction dure comme de l'os; elle ne s'est pas modifiée depuis, pas plus que les mouvements de la jointure, qui sont limités à quelques degrés autour de la demi-flexion.

La palpation permet de reconnaître l'existence d'un volumineux ostéome, mesurant toute la largeur et toute la hauteur du brachial antérieur, adhérant à l'humérus au niveau des insertions supérieures externes des muscles; mais, ainsi que le montre la radiographie, il existe un large interstice entre la face postérieure de l'ostéome et la face antérieure de l'os. Enfin, la mobilité même restreinte du coude, démontre que la néoformation osseuse n'est pas fixée à la coronoïde.

En plus de cet ostéome antérieur, on note un noyau osseux qui prolonge l'olécrane et qui concourt à limiter l'extension de la jointure. Peut-être à ce point de vue aussi, faut-il admettre l'épaississement osseux du fond de la cavité olécranienne contre lequel vient buter le bec de l'olécrane.

Bien que cet homme, comme la plupart de mes autres malades, ait

été massé aussitôt après son accident, il ne me paraît guère possible de démontrer d'une façon indiscutable que le massage favorise le développement des ostéomes du brachial antérieur, à la suite des entorses ou des luxations du coude. La preuve même que l'on a donnée, en alléguant une plus grande fréquence de ces néoformations depuis la généralisation du traitement par le massage des lésions traumatiques, me paraît discutable. Il y a quelque vingt ans, alors qu'on massait peu ou pas, M. Gaujot nous apprenait au Val-de-Grâce à reconnaître ces ostéomes.

Dans le même milieu militaire, depuis deux ans, j'en ai relevé sept cas, dont cinq après luxation, et deux après entorse violente du coude. Ces observations établissent pour moi d'une manière positive que, à défaut d'action favorisante bien démontrée, le massage n'entrave nullement la formation de l'ostéome, et que, celui-ci formé, il n'en procure nullement la résorption. Chez un de mes malades, de plus, le traitement thermal suivi pendant quatre-vingts jours, à Bourbon-l'Archambault, cinq mois après son accident, resta sans effet.

Le seul traitement efficace est l'extirpation; mais à son propos, il convient d'insister sur deux points.

Tout d'abord, il ne faut pas intervenir trop tôt, pas avant que quatre ou cinq mois ne se soient écoulés depuis le traumatisme. Longtemps, en effet, les nodules osseux primitivement épars au milieu des fibres musculaires ne forment pas un bloc, aussi l'on risque de ne pas tous les enlever; de plus, le trouble de nutrition qui les a produits est tenace et double les chances de récidive. Un de mes malades, opéré deux mois après sa luxation, nous a montré à la radiographie la reconstitution d'un petit ostéome dans son brachial antérieur.

Le second point à ne pas cacher au patient, c'est que l'extirpation de l'ostéome peut ne pas suffire pour rendre au coude l'intégrité de ses mouvements. En effet, chez les sujets qui présentent cette complication, l'entorse ou la luxation a provoqué en outre des altérations articulaires qui, elles aussi, contribuent à la gêne des mouvements et que n'atteint pas l'intervention sanglante sur le brachial antérieur.

M. Morestin présente à la Société un jeune homme atteint d'un coup de couteau à l'abdomen, plaie du cordon, de la veine épigastrique et perforation du cæcum avec section de l'artère du méso-appendice. Remis à l'examen d'une commission : M. Chaput, rapporteur.

Présentation de pièces.

Tuberculose rénale diagnostiquée par le cathétérisme urétéral. Néphrectomie.

M. Albarran. — J'ai enlevé hier par la néphrectomie lombaire le rein que j'ai l'honneur de vous présenter.

Le malade, âgé de trente-quatre ans, sans aucun antécédent héréditaire, avait comme antécédents personnels une pleurésie purulente pour laquelle on pratiqua il y a huit ans l'empyème, et une chaude-pisse il y a une dizaine d'années. Sans cause apparente, il commença à souffrir en urinant il y a quatre mois ; les mictions devinrent fréquentes, douloureuses, et l'urine trouble : depuis six semaines les symptômes se sont aggravés et le malade souffre beaucoup de sa vessie. Il avait été soigné, avec le diagnostic de cystite, par des lavages de la vessie et des installations au nitrate d'argent. Je l'examinai il y a quelques jours et je trouvai :

Urètre : normal.

Vessie : douloureuse au contact; ne recevant au maximum que de 100 à 120 grammes de liquide. Mictions se répétant toutes les heures, très douloureuses.

Uretères : non sensibles à la pression.

Reins : pas de sensibilité à la pression, pas d'augmentation de volume ; le rein droit un peu abaissé. Le malade n'a jamais éprouvé aucune douleur du côté des reins.

Urine : très trouble, purulente, avec quelques fausses membranes. Pas de sang dans les urines; jamais le malade n'a eu d'hématurie. A l'examen bactériologique, les urines contiennent des bacilles de Koch.

Testicules, prostate : sains.

État général : amaigrissement depuis quelques mois; à plusieurs reprises, fièvre durant quelques jours.

Pas de lésions pulmonaires.

Par l'examen cystoscopique je constatai que la vessie était enflammée et rouge, paraissant un peu plus tomenteuse au niveau de l'orifice urétéral gauche. Je pratiquai le *cathétérisme urétéral* à gauche et l'analyse comparative des deux urines donna :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	Urine jaune, claire, contenant quelques cellules épithéliales du bassinet et pas de microbes.	Urine très purulente; mêmes éléments épithéliaux. Diplocoques; coli-bacille ; bacilles de Koch probables.
	—	—
Densité	1003	1006
Urée.	17 grammes.	6 grammes.
Chlorures	6 gr. 2	5 gr. 1
Albumine	0	1 gramme.
Sucre	Pas.	Pas.

Me basant sur les caractères comparés de l'urine des deux reins, je proposai la néphrectomie, que je pratiquai le 10 octobre avec l'assistance de notre collègue M. Périer et du D[r] Leroux. J'enlevai rapidement le rein que voici, complètement caché sous les côtes gauches. En examinant ce rein, vous voyez que ses 3/4 inférieurs présentent l'apparence extérieure d'un organe sain ; même à la coupe pratiquée sur le bord convexe, l'organe paraît sain dans toute cette étendue, et il faut regarder très attentivement pour voir à la base d'une pyramide un petit tubercule miliaire. Le quart supérieur du rein présente un tuberculome arrondi, gros comme une châtaigne.

En présence de ce rein, on aurait pu se demander si la limitation des lésions ne justifiait pas une néphrectomie partielle. Je ne pratique pas cette opération dans la tuberculose rénale, et, dans le cas particulier, je n'aurais pu y songer parce que l'analyse de l'urine du rein malade me montrait l'existence de lésions avancées de néphrite. Bien m'en prit, parce que sur les coupes transversales du rein vous voyez dans son extrémité inférieure une cavernule avec un calcul secondaire. J'ajoute que j'ai enlevé une grande partie de l'uretère (12 centimètres); ce conduit paraît très enflammé, mais ne présente pas de lésions tuberculeuses évidentes.

Ce malade a été opéré hier matin avec 40 degrés de température axillaire; hier soir il avait 38°6, et ce matin 36°9.

Les urines hier dans la journée étaient beaucoup plus claires qu'avant l'opération; ce matin, elles sont presque complètement limpides; leur quantité dans les premières vingt-quatre heures est de 1,200 gr. Tout me permet de penser que ce malade guérira rapidement.

Cette observation démontre bien la valeur du cathétérisme urétéral au point de vue du diagnostic. Aucun symptôme ne pouvait chez ce malade faire penser à la tuberculose rénale; moins encore, pouvait-on arriver à déterminer quel était le rein malade ni songer à l'appréciation de la valeur physiologique comparée des deux reins.

Non seulement j'ai pu faire le diagnostic avec une grande précision, mais la connaissance exacte du très mauvais fonctionnement du rein malade devait faire écarter d'emblée, malgré les apparences macroscopiques, toute idée de néphrectomie partielle. J'ajoute enfin que la certitude dans le fonctionnement normal du rein droit m'a permis d'extirper sans crainte le rein gauche, malgré la haute température matinale (40 degrés) que le malade présentait.

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Walther, qui demande un congé ;

3° Une lettre de M. Louis Beurnier, qui demande à être inscrit comme candidat au titre de membre titulaire.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier présente, au nom de M. Gervais de Rouville, un *cas de cure radicale de spina bifida lombaire.* — Remis à l'examen de M. Tuffier.

M. Nimier dépose : 1° une observation de *cure radicale d'une hernie du moyen adducteur*, par M. le médecin-major Bassompière ;
2° Une observation de *tétanos traité par une injection sous-cutanée de sérum antitétanique et des doses élevées de chloral et de bromure de potassium, avec guérison*, par M. le médecin-major Dettling.

M. Larger (de Maisons-Laffite) dépose sur le bureau une thèse sur l'*épithélioma de la lèvre inférieure, avec chéiloplastie*, par le procédé de Larger, thèse de M. Paul Fayt (de Toulouse).

A l'occasion de la correspondance.

Tétanos traité par le sérum antitétanique en injections intracérébrales et sous-cutanées. Mort.

M. Nimier. — Je demande la permission de vous communiquer un cas de tétanos que j'ai eu récemment l'occasion de traiter par l'injection intracérébrale de sérum antitétanique.

M. X..., âgé de soixante et onze ans, le 2 septembre 1899, éprouve un peu de gêne dans la gorge et se croit atteint d'angine. Le 3, cette gêne augmente, s'accompagne de contracture des mâchoires et d'un léger torticolis. Le 4 au matin, le trismus est complet avec quelques éclairs douloureux dans les masséters; la déglutition des liquides est à peu près impossible, la tête est légèrement renversée en arrière; temp., 36°4. Pouls, 96, au lieu de 40 à 50 à l'état normal. Dans l'après-midi, je vois le malade, et M. Roux veut bien venir confirmer le diagnostic de *tétanos*.

A 5 heures et demie, injection dans chacun des lobes frontaux de 4 centimètres cubes de sérum antitétanique, injection sous-cutanée de 16 centimètres cubes. Pour combattre la soif du malade, injection sous-cutanée de 200 grammes et lavement de 250 grammes de sérum artificiel.

A 1 heure du matin, le 5, accès de suffocation qui cède immédiatement après l'application de douze ventouses sèches. Emission de 300 grammes d'urine, avec des traces d'albumine. A 7 heures : temp., 37°5. Pouls, 96. Resp., 20; une injection sous-cutanée de 200 grammes de sérum artificiel qui est répétée à 9 heures avec 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. L'état tétanique est le même; la contracture des muscles de la nuque a un peu augmenté.

A 3 heures de l'après-midi, nouvelles injections de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et de 200 de sérum artificiel.

A 4 heures et demie, lavement nutritif. Temp. 38°6. P. 88. Respiration facile.

A 7 heures, à la suite d'une tentative d'ingestion de lait, crise rapide de convulsions cloniques des membres supérieurs, suivie d'une phase de contractures en opisthotonos. Trismus absolu. La respiration, d'abord stertoreuse, s'affaiblit, le pouls devient imperceptible et au bout de dix minutes environ, la crise se termine par la mort.

L'autopsie n'a pu être faite.

A défaut d'autre intérêt, cette observation démontre une fois de plus l'innocuité des injections intracérébrales de sérum antitétanique. Il s'agissait en effet d'un vieillard qui, fin 1897, avait perdu les phalangettes des deuxième et troisième orteils droits par

gangrène sénile, qui au printemps de 1899 avait éprouvé une légère attaque caractérisée par de la faiblesse du membre supérieur gauche, qui enfin présentait outre son tétanos au niveau du troisième orteil gauche une teinte violacée et un refroidissement indice d'une gangrène imminente.

Il ne fallut rien moins que la haute autorité de M. Roux pour me décider à intervenir dans ce cas, qui nous semblait désespéré en raison des symptômes bulbaires. Tout à fait conscient de l'intervention, le malade déclara n'avoir souffert que des petites incisions du cuir chevelu.

Je dois encore faire remarquer qu'il a été impossible de reconnaître le point d'inoculation; il a fallu admettre que celle-ci avait eu lieu dans la bouche par une écorchure de la langue, dont le malade disait souffrir à la suite du bris pendant la mastication de la dernière grosse molaire gauche. Ce petit accident était arrivé le 2 août et n'avait été l'objet d'aucun soin particulier. M. X... se trouvait alors à la campagne. Il était rentré à Paris à la fin du mois, et, malgré la chaleur excessive, il n'avait rien perdu de son activité habituelle, lorsqu'apparurent les symptômes du tétanos. Si l'on accepte l'inoculation par la muqueuse buccale, l'on s'explique la rapidité de son évolution.

Quoi qu'il en soit, ce fait, comme celui que je vous ai communiqué dans la séance du 7 *mars* dernier (p. 228), m'a paru de nature à être relaté comme document pour l'enquête demandée par notre collègue, M. Quenu, sur la sérothérapie du tétanos.

Communications.

Sur un procédé de néphropexie : néphropexie en hamac,

par M. BAZY.

Veuillez me permettre de vous décrire le procédé de néphropexie que j'ai appelé néphropexie en hamac et dont mon élève Malterre a parlé dans sa thèse (Malterre, thèse Paris, 1898). C'est un procédé que j'emploie depuis 1885, avec quelques variantes et quelques perfectionnements. A cette époque, personne n'avait, je crois, pratiqué en France de néphropexie. La mienne fut faite le 18 août, avec le concours de mes amis le Dr Charles Remy et le regretté Ch. Labbé.

Premier temps. — L'incision cutanée que j'emploie est com-

mune à toutes les opérations que je fais sur le rein par voie lombaire.

Elle s'étend de l'angle costo-musculaire à un travers de doigt ou de pouce de la partie la plus élevée de la crête iliaque.

Deuxième temps. — Incision des muscles.

Incision de la capsule cellulo-adipeuse et décollement de cette capsule pour mettre à nu la face postérieure du rein.

Troisième temps. — Placement des fils de catgut sur la face postérieure du rein ; j'en mets trois transversaux :

Un premier au niveau de l'équateur du rein ;

Un deuxième au niveau du pôle inférieur ;

Un troisième entre les deux.

Les points d'entrée et de sortie de chaque fil sont situés à environ 2 cent. 1/2 à 3 centimètres l'un de l'autre.

Les fils cheminent sous la capsule fibreuse, parallèlement à la surface, et aussi près que possible de cette surface.

Les chefs des fils supérieurs sont passés à travers le 11e espace intercostal, chaque chef passant à 3 centimètres environ l'un de l'autre.

Les chefs des fils inférieurs passent à travers les lambeaux musculaires situés au-dessous de la 12e côte.

Je fais remonter le rein, et, dans presque tous les cas, le rein peut rester caché sous les fausses côtes. Je noue les fils, et le rein peut être ainsi appliqué contre la face interne des côtes. Dans une opération, j'ai perforé la plèvre, ce qui a été annoncé par un léger sifflement, sans aucune espèce d'incident.

Cela fait, je passe un fil de catgut dans les muscles, au-dessous de la 12e côte, puis je prends le tissu cellulo-adipeux. Je l'attire en haut, je le tasse par une série de surjets au-dessous du rein et j'achève en passant l'extrémité du fil dans la masse musculaire au-dessous de la 12e côte, et je noue cette extrémité avec la première.

J'ai créé ainsi une espèce de hamac sur lequel repose l'extrémité inférieure du rein.

Quatrième temps. — Suture des muscles et de la peau.

Ce procédé m'a donné les résultats les plus satisfaisants au point de vue de la contention et du maintien du rein.

J'ai vu encore hier une malade que j'ai opérée le 30 décembre 1893, venant me conduire une de ses amies.

Je l'ai explorée et je l'ai fait examiner par mes internes, qui ont pu constater que le rein ne dépassait pas le rebord des fausses côtes.

Or, cette malade m'avait dit, dans une visite antérieure qu'elle m'avait faite, qu'elle avait été obligée de sauter du premier étage dans la rue, et m'avait fait observer que, malgré cette secousse,

son rein n'avait pas bougé. L'exemple m'a paru suffisamment démonstratif pour être cité.

Traitement des kystes hydatiques du foie, par M. JONNESCO. — Remis à l'examen d'une commission : M. DELBET, rapporteur.

Rapport.

Tumeurs inflammatoires du tube digestif. Sténose du pylore. Gastro-entérostomie,

par M. DEMOULIN.

Rapport de M. TUFFIER.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un malade de trente-deux ans, lieutenant de vaisseau, qui, au commencement de 1897, fut pris de troubles dyspeptiques intenses qui s'accentuèrent encore, au cours d'une campagne d'Islande, par l'usage de conserves et de salaisons. A la fin de cette même année (octobre 1897), son médecin, le Dr Turbert (de Cherbourg), constate tous les signes d'une sténose pylorique. Un traitement médical sérieux est institué, qui reste sans résultat. — En mars 1898, apparition dans la région sus-ombilicale d'une tuméfaction indurée, de la dimension du pouce. En mai, le malade se rend à Vichy; il y fait deux cures qui restent absolument inefficaces; le médecin de la sation porte le diagnostic de sténose pylorique par tumeur. En octobre, le malade rentre à Paris et y suit sans succès un traitement prescrit par le Dr Lancereaux. En novembre, son médecin habituel, le Dr Turbert, l'engage à subir une intervention chirurgicale et me l'envoie.

Lorsque je vis le malade, il était d'une maigreur effrayante, ne pesant que 35 kilogrammes, avec un aspect cachectique des plus marqués. A la limite de l'épigastre et de l'hypocondre droit, je constatai une tuméfaction du volume d'une grosse orange, assez nettement limitée, plutôt résistante que dure (à tel point que je crus d'abord à une dilatation de la vésicule biliaire). Cette tumeur, mobile dans le sens transversal, obéissait également aux mouvements respiratoires. Elle s'accompagnait en outre de ce phénomène caractéristique que, chaque fois que le malade ingurgitait ne fût-ce que quelques gorgées d'eau, l'épigastre se ballonnait considérablement, en même temps que le malade ressentait de vives douleurs dans l'estomac, signes certains des contractions de l'estomac, pour faire franchir au liquide le pylore sténosé. — Aussi le malade osait-il à peine manger, n'absorbant les aliments qu'à très petites doses. De cette façon il arrivait à ne pas vomir. D'ailleurs, dès qu'il éprouvait une sensation de plénitude dans l'estomac, il le vidait avec le tube de Faucher. Jamais d'hématémèse.

En présence de ces signes, je songeai à une sténose pylorique par

tumeur maligne et je proposai une intervention, acceptée aussitôt par le malade. Le diagnostic fut confirmé, avec quelques réserves, par M. Gérard Marchant, que j'appelai en consultation, et nous nous décidâmes pour une gastro-entérostomie, le malade paraissant trop faible pour supporter une opération aussi longue que la pylorectomie.

Opération le 1er décembre 1898. — Anesthésie par l'éther. Incision sus-ombilicale de 10 centimètres, suivant la ligne médiane. Je trouve au niveau de la région pylorique, empiétant sur l'antre et la petite courbure, une tumeur du volume et de la forme d'une orange, infiltrée dans les parois, sans adhérences avec les parties voisines, de consistance molle (rappelant celle des lipomes); sur sa face antérieure, en haut, au niveau de la petite courbure, elle présente une cicatrice étoilée de la dimension d'une pièce de 2 fr., jaunâtre, présentant entre ses rayons de petites ulcérations peu profondes, à fond comme caséeux. Le foie et le vésicule biliaire sont sains. Pas de ganglions dans les épiploons. La pylorectomie était tentante, mais, je le répète, vu l'état de faiblesse du malade, je me bornai à une gastro-entérostomie et je pratiquai la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de von Hacker. L'opération se déroula sans incidents, suivant tous les temps classiques. Il n'y eut qu'une petite alerte pendant l'anesthésie, le malade ayant eu à un moment donné des vomissements qui amenèrent l'obstruction du larynx par les matières vomies. Durée de l'intervention, 40 minutes.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, injection sous-cutanée de 1 litre de sérum. Vers trois heures du soir, le malade était mourant; il râlait véritablement, les bronches obstruées par des mucosités épaisses dont il ne parvenait à se débarrasser que le soir; champagne, lait, lavement nutritif; nouvelle injection de sérum. Ce traitement est continué les jours suivants. Le 3 décembre, l'état des voies respiratoires est encore menaçant, le malade se plaint d'une sensation de plénitude de l'estomac et vomit, un peu avant ma visite, environ un demi-litre de sang noirâtre, fluide. Lavage de l'estomac : le liquide sort sale, teinté en noir; évacuation d'un liquide analogue par l'anus dans la soirée. Le 4 décembre, le malade est transformé; il peut prendre un litre de lait sans souffrances les jours suivants. On y ajoute des œufs, des crèmes. Le 9e jour, j'enlève les fils; réunion *per primam* Le 10e jour, le malade se lève et mange du poisson et du poulet; 20 jours après l'opération, je palpai timidement la région épigastrique et fus étonné de voir que la tumeur pour laquelle j'étais intervenu avait disparu; je fis constater le fait par M. Gérard Marchant. Il n'y avait plus à ce niveau qu'un léger empâtement qui, dix jours après, avait également disparu. Le 4 janvier 1899, le malade rentrait chez lui, mangeant de tout, sans éprouver la moindre gêne digestive. Je l'ai revu au mois d'avril dernier; il pesait 45 kil. 500, poids qu'il n'a jamais dépassé avant d'être malade. Pas de trace de tumeur. En mai, il a repris son service, ayant bon appétit, des digestions faciles et toutes ses forces. Il se plaint seulement d'avoir conservé une toux rebelle avec expectoration assez abondante qui n'a jamais cessé depuis l'opération. Cet état des voies respiratoires est-il dû à l'éther qui servit à anesthésier le

malade? C'est possible, mais je crois qu'il y a là persistance d'un état inflammatoire des bronches constaté à plusieurs reprises par M. Lancereaux depuis l'intervention.

Je veux analyser dans ce fait les *conditions* de cette sténose, l'*opération* et surtout les *suites*.

Le fait de M. Demoulin a trait à une sténose du pylore avec hypertrophie de ses parois formant tumeur. C'est là une lésion assez rare dont j'ai observé deux cas. J'ai insisté, après beaucoup d'autres, sur les difficultés de diagnostic en face de ces tuméfactions. L'*état général* du malade était *précaire*, mais ce n'est pas là une contre-indication, tous ceux que j'ai présentés ici étaient cachectiques quand vous les avez vus, et ils avaient cependant engraissé, perdu leur teinte terreuse et repris des forces, c'est vous dire dans quel lamentable état je les ai opérés. Ces sténoses pyloriques d'origine cicatricielle ne s'accompagnent pas toujours des signes bien nets d'un ulcère, souvent ils ne sont précédés que de simples troubles gastro-entériques, sans hématémèse, sans les douleurs spéciales à l'ulcus simplex, comme ceux qu'a présentés le malade de M. Demoulin. M. Hayem m'a envoyé plusieurs cas de ce genre. Je crois donc que le malade de notre collègue était atteint d'une sténose par ulcération, d'autant plus que l'observation note une *hypertrophie des parois de l'estomac*. Or, j'ai toujours trouvé dans mes opérations, comme dans les pièces du musée Dupuytren, cet épaississement des tuniques stomacales dans les cas d'ulcère, et c'est un fait bien connu des médecins. M. Letulle me disait récemment l'avoir couramment observé.

De l'*opération*, je n'ai rien à dire, et je me contente de voir le procédé de von Hacker gagner sa cause; je l'ai défendu seul dans notre Société, et je vois que mes adversaires se rangent les uns après les autres à cette façon de procéder. La gastro-entérostomie antérieure n'est qu'un pis aller, parfaitement applicable quand on ne peut faire mieux. Le drainage de l'estomac au plafond ne vaudra jamais l'ouverture faite au plancher. Notre collègue a fait la coprostase avec des pinces. Je ne me sers jamais d'aucun instrument dans ce but, sauf en cas de distension d'un estomac que l'on n'aurait pas pu vider préalablement. Il n'y a pas d'écoulement des liquides, quand le malade dort bien, et quand il est bien placé. Je n'ai vu que deux fois sur une centaine de cas un peu de liquide muqueux sortir de l'ouverture stomacale pour teinter la compresse sous-gastrique et, dans les deux cas l'anesthésie était incomplète.

Les *suites opératoires* ont été marquées par la nécessité de faire un lavage d'estomac qui ramena un demi-litre de liquide noirâtre,

que M. Demoulin qualifie d'hémorragie gastrique. Le lavage gastrique rend de très grands services, dans certains cas, après la gastro-entérostomie. Si j'en crois ma pratique, il trouve son indication dans deux cas : Certains malades ont une sécrétion gastrique épaisse très abondante qui, jointe à l'écoulement sanguin, heureusement rare et provenant, soit des manœuvres sur l'ulcère ou le cancer, soit même des lèvres mal hémostasiées de la plaie, forme un magma concret. De plus, l'orifice chirurgical gastro-intestinal peut être boursouflé après l'opération et temporairement peu perméable ; il en résulte une distension légère de la cavité gastrique, distension pénible pour le malade, quelquefois même capable d'élever la température ; le tout cède de suite à un lavage de l'estomac, ou à une prise un peu considérable d'eau alcaline. L'hémorragie par les lèvres de la plaie n'est pas à redouter quand l'estomac a été solidement suturé par les deux plans : 1° surface cruentée ; 2° suture de Lembert. Mais il faut bien savoir que l'hémostase parfaite est à surveiller au milieu des mille détails des interventions gastriques. Ces malades cachectiques saignent facilement.

Le point qui paraît avoir le plus intéressé notre collègue a trait à la *disparition de la tumeur après l'opération*. J'ai plusieurs fois agité cette question devant vous, et les conclusions auxquelles je suis arrivé sont les suivantes : A la suite de nos interventions, les tumeurs disparaissent, soit en remontant sous les fausses côtes et en se dérobant à notre palper, soit en diminuant progressivement de volume grâce à la guérison des lésions inflammatoires.

J'ai vu les deux mécanismes, et je crois que dans certains cas nous pouvons préciser lequel est en cause. Quand la tumeur disparaît en quelques jours, en seize jours, comme cela a lieu ici, on peut être certain qu'elle a remonté dans le thorax. J'ai vu ce mode de disparition dans les cancers vrais de l'estomac, après plusieurs opérations, et il s'agissait bien de vrais cancers parce que les malades en sont morts. La première constatation de ce genre que j'ai faite, ce fut sur un médecin de mes amis que je soignais avec MM. Potain et Fournier en 1895. Ce malheureux était atteint d'un cancer pylorogastrique volumineux et nous suivions dans les derniers temps de sa vie, à mesure qu'il mangeait moins, la marche du néoplasme qui semblait rétrograder tant et si bien que quelques jours avant sa mort on ne sentait plus aucune tumeur. La rétraction stomacale explique ces faits.

Il en est tout autrement de la fonte réelle de la néoplasie, elle est indiscutable dans certains cas, mais elle se fait assez lentement, progressivement. J'ai vu plusieurs de ces néoplasies inflam-

matoires gastriques ou intestinales. Les faits que j'ai observés se rangent en deux groupes les *hypertrophies des parois mêmes* de l'organe, et les *périgastrites* ou *périentérites* concomitantes.

L'augmentation de volume portait dans le cas de M. Demoulin sur l'estomac lui-même; c'était également le fait d'un de mes malades, un nègre d'Algérie que je vous ai présenté ici même. Le pylore et la région pylorique étaient infiltrés d'une sorte de tissu œdémateux, ferme, élastique, mais ressemblant à première vue à du frai de grenouille. Ce malade était syphilitique, et si pareille lésion avait été déjà signalée, j'oserais peut-être hasarder l'hypothèse d'une sténose spécifique. Cette tumeur a disparu progressivement, et quatre mois après l'opération on ne la percevait plus. Ces sténoses inflammatoires susceptibles de résorption existent sur toute la longueur du tube digestif. J'ai pu suivre ainsi pendant des mois une volumineuse néoplasie du côlon transverse que nous avions constatée par une laparotomie, dans laquelle voulut bien m'aider M. Terrier. La malade qui portait cette tuméfaction était trop cachectique pour nous permettre de pratiquer la résection du rétrécissement. Trois mois après, la tuméfaction bien mobile avait le volume du poing, et en une année tout avait complètement disparu. Cette femme, que je revois tous les ans, est en parfaite santé.

Je n'insiste pas sur les périgastrites, quelles que soient leurs causes, qui peuvent subir la même régression. J'avais encore ces jours derniers un malade atteint d'un ulcère de l'estomac avec un abcès périgastrique que j'ai ouvert et par l'ouverture duquel sortaient les aliments ingérés. Nous avons pu suivre chez lui la résorption progressive des lésions. Ce sont là des faits connus de vous tous.

Telles sont les quelques considérations tirées de ma pratique; j'ai cru devoir les joindre à la très intéressante observation de notre collègue. Je vous propose d'adresser à M. Demoulin les remerciements de notre Société et de vous rappeler ses travaux et ses titres nombreux qui vont bientôt lui donner des droits à son élection parmi nous.

M. Poirier. — Aux deux modes déjà signalés de disparition des tumeurs de l'estomac, j'en ajouterai un troisième que j'ai observé et qui était dû à l'envahissement et au ratatinement de l'épiploon gastro-hépatique par le cancer.

M. Guinard. — Au point de vue technique, M. Tuffier a fait, à mon sens, trop bon marché de l'usage des instruments coprostatiques; je les crois fort utiles, ils donnent une grande sécurité.

M. Schwartz. — M. Tuffier a fait allusion à la malade que j'avais présentée avec un résultat immédiat très satisfaisant. Je pensais avoir eu affaire à une simple linite, hélas, c'était bien du cancer. La gastro-entérostomie est restée efficace, la malade mange et digère, mais je l'ai revue ces jours-ci, son épiploon est farci de noyaux cancéreux. Je vous rappelle que chez cette malade, la tumeur avait disparu trois ou quatre semaines après l'opération. Inutile de vous dire qu'elle a reparu; la disparition temporaire a donc été due à la rétraction de l'estomac.

M. Hartmann. — A propos des cas de résorption de tumeurs inflammatoires développées au niveau d'un ulcère de l'estomac, je vous rappellerai qu'ici même, à propos d'une très intéressante observation à nous communiquée par notre collègue Mauclaire, je vous ai lu un rapport sur cette question.

Comme M. Tuffier, je regarde la coprostase comme absolument inutile; comme lui, je recours volontiers au lavage de l'estomac. Dès qu'après une opération sur ce viscère je vois la langue se sécher un peu, et la température monter à 38 degrés, je fais un lavage de l'estomac. Ce lavage supprime des liquides en voie de putréfaction et immédiatement on voit tout revenir dans l'état normal.

J'arrive maintenant à un point un peu spécial, à côté, celui du diagnostic des tumeurs pyloriques. Je l'ai déjà abordé ici même, mais j'y reviendrai jusqu'à ce que l'on fasse un diagnostic. Nous avons actuellement vu un nombre suffisant de ces malades pour pouvoir faire notre diagnostic avant d'ouvrir le ventre.

Il suffit de dessiner sur la paroi la situation de la tumeur, puis de déterminer par la percussion les contours de l'estomac et de les dessiner. On voit la tumeur se placer alors à la jonction des deux courbures. Qu'on fasse avaler alors au malade successivement 3 grammes d'acide tartrique et 3 grammes de bicarbonate de soude, des gaz se forment dans l'estomac, celui-ci se distend, la tumeur se mobilise en haut et à droite. Qu'on percute de nouveau, et l'on voit que les contours se sont modifiés, mais que toujours la tumeur se trouve à la jonction des deux courbures. Pour vérifier mes contours tracés après simple percussion, j'emploie toujours le phonendoscope immédiatement après.

Si mes deux explorations donnent le même résultat, j'en conclus que le contour tracé est exact.

M. Ricard. — A propos des hémorragies post-opératoires, je ferai remarquer qu'il en est un certain nombre qui sont dues à

un défaut de technique. J'ai perdu pour ma part un malade auquel j'avais fait la résection du pylore, par hémorragie et cela par ma faute. Au cours de l'opération, j'avais vu un jet artériel, je pensais que cette artère serait prise dans le surjet. Il n'en fut rien, le jet de sang se fit dans l'estomac et le malade mourut.

Quant au lavage de l'estomac, je dois dire que je ne l'ai jamais fait et que je le considère comme une mesure exceptionnelle. La disparition de la tumeur est due surtout, je crois, à la différence de statique de l'estomac ; la vidange facile de cet organe à la suite de la gastro-entérostomie favorise la disparition de la tumeur ; j'ajoute que la mobilité de la tumeur est un signe de diagnostic excellent en faveur d'une tumeur pylorique.

M. Bazy. — Je ne conteste pas l'habileté de M. Hartmann, mais j'ai été frappé, à la lecture de la discussion de la Société des médecins des hôpitaux, du fait signalé par M. Debove, qui a montré que le clapotement stomacal pouvait se passer dans le gros intestin.

Pour le phonendoscope, je m'en suis servi, mais je lui préfère la percussion digitale, et je n'attacherai pas trop d'importance aux renseignements qu'il donne. En effet, j'ai vu un malade qui avait une ascite énorme avec une tumeur sus-ombilicale ; il y avait auprès de lui précisément l'inventeur du phonendoscope qui, par les tracés qu'il avait obtenus, démontrait que cette tumeur était indépendante du foie.

Fidèle aux vieux principes de la clinique, je ponctionnai l'ascite et il fut de toute évidence que cette tumeur tenait au foie.

M. Reynier. — Je voudrais rappeler qu'auprès de tous ces procédés, il y a un procédé qui met à l'abri des accidents, c'est le procédé de M. Souligoux. On écrase l'intestin et l'estomac avec une pince spéciale, soit celle de M. Souligoux, soit celle que M. Mathieu m'a construite, que j'ai présentée ici et que je crois plus puissante et on pratique la suture sans ouvrir l'estomac ni l'intestin. Je n'ai eu qu'un accident à déplorer, dû à une torsion de l'intestin.

On a discuté pour savoir si dans l'avenir la bouche stomacale obtenue par le procédé de Souligoux se maintenait ; or il m'a été donné de voir un malade opéré ainsi, il a engraissé, et pendant neuf mois a été très bien. Comme il avait de l'éventration, il est revenu ; j'ai détruit les adhérences qui le faisaient souffrir. J'ai pu constater en pressant sur l'estomac que je faisais passer les gaz dans l'intestin. C'est, je crois, la seule observation où on a

pu constater ainsi les résultats qui, comme vous le voyez, sont très satisfaisants.

Pour la coprostase, je suis de l'avis de M. Guinard.

M. Hartmann. — M. Bazy m'a objecté une discussion de la Société des hôpitaux qui m'a semblé être un peu à côté de la question. Le clapotement n'a rien à voir avec ce que j'ai dit, puisque j'ai parlé seulement de la percussion. Je m'offre à M. Bazy pour faire devant lui sur un de ses malades les explorations dont je parle.

M. Bazy. — J'ai voulu dire seulement que là où les médecins ne sont pas d'accord, les chirurgiens peuvent ne pas l'être.

M. Tuffier. — Je suis d'accord sur les manières d'expliquer les disparitions des tumeurs pyloriques; le mécanisme indiqué par M. Poirier doit être cependant très rare. Je crois la coprostase parfaitement inutile.

L'observation de M. Schwartz me rappelle qu'à propos de sa malade, je lui dis : Gare, M. Hayem m'a envoyé pas mal de soi-disant linites, qui se sont toujours trouvées être des cancers.

Je suis partisan du lavage stomacal, qui m'a donné de bons résultats.

Quant au diagnostic des tumeurs du pylore, deux cas peuvent se présenter; si la tumeur est mobile, le diagnostic est facile; si elle est fixe, elle peut adhérer à la vésicule, au foie, et toutes manœuvres de recherches sont mises en défaut.

Quant aux hémorragies, j'ai eu aussi un cas de mort à déplorer à la suite d'une résection de l'estomac, due à une hémorragie du côté duodénal, ce qui prouve qu'il faut faire l'hémostase des tranches avec le plus grand soin avant de pratiquer la suture. Le procédé de M. Souligoux est très ingénieux, c'est vrai, mais il me paraît très inférieur à ce que nous faisons directement. Je lui préfère l'incision franche suivie de suture immédiate.

Présentations de malades.

M. Ohier présente une jeune fille atteinte d'une *volumineuse méningo-encéphalocèle* de l'orbite gauche.

M. Galezowsky présente un malade qu'il a guéri d'un *décollement traumatique de la rétine*, et, à ce propos, avance que chez les

myopes le traumatisme est la cause de la plupart des décollements. — Remis à l'examen de M. Delens.

M. Canut présente : 1° un malade opéré d'une *laparotomie*, pour occlusion due à des brides tuberculeuses, pratiquée par M. Beurnier, auquel il a fait plus tard une pleurotomie ; 2° une observation de guérison de *fistule intestinale*, guérie par chlorure de zinc. — M. Broca, rapporteur.

M. Monod présente un homme âgé de quatre-vingt-deux ans, qu'il a opéré en juillet dernier, d'un *épithélioma* étendu de la lèvre inférieure, par le procédé de M. Larger, de Maisons-Laffite (lambeau autoplastique emprunté à la lèvre supérieure) (1).

Anévrisme artério-veineux des vaisseaux fémoraux.

M. Potherat. — Je vous présente aujourd'hui guéri le petit malade dont je vous ai déjà entretenus le 12 juillet et le 26 juillet dernier. Le 12 juillet, je vous ai présenté des photographies montrant un membre inférieur droit tuméfié, avec des veines superficielles turgescentes, des troubles trophiques, un vaste ulcère de la jambe, toutes lésions dues à un anévrisme traumatique.

Après avoir extirpé cet anévrisme, je vous ai présenté la pièce.

La guérison s'est faite simplement ; elle a été un peu retardée par un incident d'ailleurs sans importance. L'ulcère de jambe avait provoqué de la lymphangite tronculaire et de l'adénite des ganglions cruraux ; au cours de l'opération j'enlevai ces ganglions, les voies lymphatiques ouvertes provoquèrent une suppuration superficielle qui ne compromit en rien le sort de la ligature des vaisseaux ni la guérison définitive. — Le membre a repris un volume normal, les veines sont peu apparentes, l'ulcère est guéri.

M. Thierry présente un cas d'*actynomicose temporo-maxillaire.*

---

(1) Larger. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1894, t. XX, p. 641 et 679, et *Congrès de chirurgie*, 1893, p. 302.

Présentation d'instruments.

M. Reverdin présente une *table d'opérations portative*, ne pesant que 15 kilogrammes et excessivement pratique.

Présentation de pièces.

Ostéome du brachial antérieur.

M. Nimier. — Je vous apporte l'ostéome du brachial antérieur dont était porteur le soldat que je vous ai présenté dans la dernière séance.

Cet ostéome mesure 14 centimètres de long, 4 de large et 2 d'épaisseur. Sauf au niveau de sa large insertion au bord externe de l'humérus, il était contenu dans une gaine fibreuse résistante, elle-même incluse dans le muscle. Elle adhérait très solidement aux deux bords et à l'extrémité inférieure de l'ostéome, mais se laissait détacher facilement sur les faces où elle était fixée surtout par les prolongements vasculaires qu'elle poussait dans des pertuis assez nombreux. Parmi ceux-ci, on en remarque deux : l'un à l'extrémité inférieure de l'ostéome est un trou ovalaire mesurant 2 centimètres de long sur un de large; l'autre, sur la face antérieure, presque de même dimension. Tous deux conduisent dans la cavité centrale qui occupe le tiers inférieur de la néoformation osseuse et qui est en partie remplie par un tissu mou, rosé : tissu musculaire dégénéré et détritus fibrineux de l'hématome ? L'examen histologique n'en a pas encore été fait.

Cette pièce mérite d'être rapprochée de celles que je vous ai présentées dans la séance du 9 novembre 1898 (p. 999).

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des deux dernières semaines ;

2° Des lettres de MM. les Drs Nimier, Verchère, Doyen et Demoulin, qui se portent candidats à la place vacante de membre titulaire ;

3° Des lettres de MM. Schwartz et Félizet, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Un travail de M. Gaudier (de Lille) sur les *résultats à distance de la sympathicotomie* : rapporteur, M. Gérard-Marchant ;

5° Un travail avec l'épigraphe : « *Nil affirmat sapiens quod non probet* ». L'auteur est prié d'indiquer pour quel prix il envoie ce mémoire.

6° Un travail sur le *cancer du gros intestin*, *rectum excepté*, avec la devise : « Les sciences se font par addition, n'étant possible qu'un même commence et achève » ;

7° Un travail de M. George de la Combe, sur l'*éléphantiasis du scrotum* ; M. Routier, rapporteur ;

8° Un travail de M. Psaltoff ; M. Routier, rapporteur ;

9° Une lettre d'un habitant de Saint-Quentin nous demandant l'adresse du Dr Canu.

A propos de la correspondance.

M. Pozzi. — A propos de cette lettre dont vient de vous parler M. le secrétaire général, je tiens à la disposition de mes collègues un dossier volumineux relatif à cette communication de M. Canu. En présence de cette réclame que la Société ne peut pas tolérer, j'ai demandé dès la semaine dernière à M. le secrétaire général de convoquer la Société en comité secret pour éviter le retour de pareils incidents qui sont toujours très regrettables.

M. Picqué. — Je m'associe au vœu de M. le président et je proteste personnellement contre l'abus qui a été fait de mon nom dans les journaux politiques.

M. Reclus. — Ceci a en effet quelque importance, car on adresse maintenant à la Société de chirurgie la correspondance de M. Canu.

Communication.

Plaie pénétrante de la vessie par coup de couteau à travers l'échancrure sciatique; section de l'artère fessière; ligature; laparotomie; guérison.

Par M. le Dr J. FONTAN (de Toulon).

Le 29 mai 1899, je trouvai à l'hôpital un homme qui avait été blessé dans le courant de la nuit, et que l'on venait d'apporter en état de shock. Il était exsangue, ayant reçu dans la fesse gauche un coup de couteau qui avait donné lieu à une très abondante hémorragie. De plus, il se plaignait de violentes douleurs de ventre et avait le ventre ballonné dans toute sa hauteur, avec tension et matité de la région hypogastrique. Il n'avait pas uriné depuis 11 heures du soir. Il n'avait pas eu de syncope à proprement parler, mais il était défaillant, pris de nausées fréquentes, et présentait, en somme, le double aspect de l'état hémorragique et du shock abdominal.

La plaie, située à trois travers de doigt au-dessus et en arrière du grand trochanter, est nette, mesure 2 centimètres de large, et, sondée avec précaution, elle admet une sonde de 10 centimètres de long. L'écoulement sanguin reprend de temps en temps dans la plaie, et il est évident qu'il y a là une lésion vasculaire impor-

tante. Par ailleurs, l'état abdominal est aussi préoccupant. Une sonde introduite dans la vessie en ramène 150 grammes de sang pur, sans urine, et rend ainsi certaine une blessure de la vessie.

Cette blessure est-elle sous-péritonéale ou intrapéritonéale? Le ballonnement abdominal étendu jusqu'à l'épigastre, les nausées me font pencher pour une blessure intéressant le péritoine. De plus, on peut soupçonner quelque autre lésion importante, plaie du rectum, des gros vaisseaux, section de l'uretère, etc. Dans ces conditions, j'admets que la règle à suivre consiste à pratiquer de suite la laparotomie exploratrice, et je ne pense pas avoir de contradicteur sur ce point. Je formulerai même, pour rendre ma pensée bien précise, la règle suivante : Dans les traumatismes des organes urinaires (rein, uretère, vessie), il faut toujours commencer par la laparotomie exploratrice, à moins qu'il ne soit *très clairement établi* que la lésion ne dépasse pas la région urétro-vésicale, et j'ajoute que l'on restera le plus souvent dans le doute. Or, le doute exige l'exploration de la cavité péritonéale.

Ces raisons, cette conviction m'ont fait procéder sur-le-champ à l'ouverture du ventre, après avoir provisoirement tamponné la plaie fessière avec la gaze iodoformée. Pendant les préparatifs de l'opération, le blessé urine spontanément du sang et vomit.

Chloroformisation sans incident.

Incision verticale, médiane, à partir de la symphyse du pubis. A l'ouverture du péritoine, malgré les symptômes recueillis et signalés ci-dessus, on ne constate rien ; intestin rosé, normal ; aucun caillot; mais en examinant le bassin, on voit par transparence une vaste infiltration sanguine sous-péritonéale. Le trajet de l'uretère n'offre rien de particulier ; le rectum et l'S iliaque sont indemnes.

Le péritoine est aussitôt recousu par un surjet de catgut, et les recherches continuées vers la vessie. L'infiltration sanguine est considérable sur la saillie du psoas gauche et immédiatement en dedans. L'artère et la veine iliaques externes sont saines.

Le sujet étant incliné sur le côté, une forte sonde cannelée est introduite dans la plaie, et, poussée doucement, elle s'engage dans le bassin par le fond de la grande échancrure sciatique. Sa pointe aboutit à la face postérieure de la vessie, à toucher le rectum, mais n'apparaît pas libre dans la cavité pelvienne. Une injection boriquée poussée dans la vessie à l'aide d'une sonde reflue dans le fond du petit bassin, sans distendre la vessie. Malgré cette indication, il est à peu près impossible, par des tractions prudentes, d'arriver à découvrir cette plaie qui est absolument postérieure. Je renonce à la voir et à la suturer ; mais je place une gaze iodoformée profondément sur le côté et jusqu'à la face postérieure de

la vessie et j'en ramène le bout à l'extrémité inférieure de la plaie sus-pubienne. Le reste de l'incision est suturé en trois plans comme dans toute laparotomie.

Je me reporte alors à la plaie fessière, et, l'explorant avec le doigt, je constate que le fond de l'échancrure sciatique présente un trait de scie très net, produit par le tranchant du couteau. Le doigt peut, à ce niveau, pénétrer dans le bassin. Je diagnostique une blessure de l'artère fessière, à cause de la situation de la plaie et de l'importance de l'hémorragie. La plaie, qui est transversale, est agrandie par ses deux extrémités et forme une incision courbe à convexité inférieure, qui atteint en arrière l'épine iliaque postéro-inférieure. J'ai ainsi un lambeau dont le centre est à l'émergence de l'artère fessière. Quelques faisceaux du grand fessier sont sectionnés. On met à nu le nerf fessier supérieur qui est en avant et en dehors de l'artère fessière. On sent et on voit le bord du muscle pyramidal ; l'artère n'est pas trouvée à sa situation anatomique, mais du sang s'écoule entre les muscles pyramidal et moyen fessier, ce qui fait penser que l'artère est sectionnée plus profondément.

Enfin, après quelques tâtonnements, ayant aperçu une branche superficielle de la fessière, je réussis, à l'aide de quelques tractions sur cette branche, à faire apparaître le bout sectionné, à le saisir et à y porter une ligature. La fessière se trouve ainsi liée dans le bassin.

Les suites de cette intervention complexe ont été très favorables. Une sonde à demeure a été maintenue quelques jours dans la vessie et a permis d'y faire des lavages. La vessie pouvait contenir 150 grammes d'urine après quarante-huit heures et la plaie s'est promptement cicatrisée.

Deux incidents ont signalé les suites de cette blessure si complexe : 1° ictère modéré du deuxième au sixième jour avec quelques températures atteignant 38°4 et 38°7 ; 2° douleurs brusques avec crampes très vives dans la cuisse et le mollet gauches, avec hyperesthésie au jarret vers le vingtième jour. Ces phénomènes, très brusques, ont aussi été très fugaces ; ils étaient dus à un processus de névrite, quelques filets constitutifs des racines du grand nerf sciatique ayant sans doute été blessés ; ils ont disparu après huit jours sans laisser de traces.

Un fait aussi complexe pourrait inspirer bien des réflexions ; mais je ne veux m'arrêter que sur deux points de cette observation ; d'abord sur la difficulté du diagnostic des lésions vésicales et ensuite sur la technique de la ligature de l'artère fessière.

Sur le premier point, je remarquerai que si le diagnostic de blessure de la vessie est assez facile à poser, grâce à ses symptô-

mes cardinaux (tension et matité de la région hypogastrique avec vacuité et présence de sang dans l'organe), il est beaucoup plus difficile de dire si la blessure est extra ou intra-péritonéale. C'est pourtant là une division classique, qui dicte l'intervention; eh bien, en chirurgie d'urgence, il faut souvent agir sans diagnostic précis. Dans le cas qui m'occupe, l'étude de la lésion extérieure ne me permettait pas d'affirmer la variété cherchée. Les plaies pénétrantes du bassin par l'échancrure sciatique sont rares, et la chirurgie d'armée, qui en a signalé quelques cas, ne l'a fait qu'à propos des blessures du rectum. Un couteau pénétrant profondément dans cette région peut blesser les gros vaisseaux, l'artère hypogastrique, le plexus nerveux sacré, l'uretère, la vessie, le rectum et le péritoine.

Par ailleurs les symptômes observés se fondant avec l'état hémorragique pouvaient faire croire à l'ouverture du péritoine : shock, ballonnement jusqu'au diaphragme, hoquets et vomissements. Dans ce cas, je le répète, impossibilité de limiter la lésion, nécessité de faire la laparotomie exploratrice.

Sur le second point relatif à l'artère fessière, je n'étonnerai personne en disant que cette ligature, toujours difficile sur le vivant, l'est encore plus si le vaisseau est coupé et rétracté. La recherche de l'artère a été si laborieuse que j'ai été sur le point d'aller la découvrir en dedans du bassin par mon incision ventrale. J'ai réussi cependant à la lier, d'abord parce que j'avais fait une grande incision à lambeau, en second lieu parce que je n'ai pas perdu de vue que le nerf fessier supérieur est en dehors et en avant; enfin parce qu'une branche superficielle, très grêle, non sectionnée, m'a permis d'atteindre le tronc coupé que j'ai lié ainsi véritablement dans le bassin.

Telle est l'observation que j'ai cru digne de vous être communiquée tant au point de vue de l'intérêt anatomique que des indications multiples et urgentes qu'elle entraînait.

Rapports.

Ostéomes péri-articulaires du coude et du genou,
par M. le Dr Loison, professeur agrégé au Val-de-Grâce,

M. LUCIEN PICQUÉ, rapporteur.

M. Loison, le distingué professeur agrégé du Val-de-Grâce, dont l'activité scientifique vous est connue par les nombreuses communications qu'il vous a faites, a heureusement profité de la

communication de notre collègue Monod, sur un cas d'ostéome du brachial antérieur, pour nous apporter huit observations inédites d'ostéomes péri-articulaires du coude et du genou.

Il y a peu de temps encore, ces tumeurs étaient considérées comme rares. Depuis le mémoire de Favier, 1888, quelques cas isolés ont été présentés à la Société de chirurgie, par Yvert, Sieur, Rigal. Delorme en a fait l'objet d'une importante communication en 1894. Depuis, leur nombre a augmenté notablement : dernièrement M. Reynier en a rapporté deux cas intéressants dans la *Presse Médicale* (14 juin 1899) ; moi-même, en 1897, j'avais présenté de courtes réflexions à la Société de chirurgie, à propos d'un cas de Brault (d'Alger).

Les huit cas de M. Loison sont intéressants. Les radiographies qu'il nous a présentées nous ont montré tous les avantages de cette nouvelle méthode au point de vue de la détermination du volume, de la situation, de l'état d'évolution, du contour plus ou moins limité ou diffus, ainsi qu'au point de vue du diagnostic différentiel entre l'ostéome musculaire et les gros cals difformes résultant de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Sur ces huit cas, cinq fois il s'agissait d'une luxation complète ou incomplète de l'avant-bras en arrière, trois fois, comme chez le malade de M. Brault (d'Alger), on ne pouvait invoquer qu'une simple contusion du coude.

Ces observations ont une importance véritable au point de vue de la pathogénie, si controversée de nos jours.

Jusque dans ces derniers temps, la théorie de Virchow sur la myosite ossifiante semblait rallier la majorité des auteurs; c'est elle qui a été défendue ici même par Le Dentu et Delorme; c'est elle que j'avais invoquée pour expliquer les cas où la tumeur est encapsulée (cas de Brault).

M. Reynier a défendu dans son dernier travail la théorie d'Orlow, déjà soutenue autrefois contre M. Delorme par Berger, Sieur et Berthier.

Or, il me semble, avec M. Loison, qu'il faut distinguer les cas.

Quand l'ostéome siège au point d'insertion du tendon du brachial antérieur sur la coronoïde ou du quadriceps sur la rotule, la théorie d'Orlow (arrachement d'un fragment périostique ou d'un copeau osseux avec néoformation osseuse consécutive), lui est parfaitement applicable, contrairement à l'opinion qu'avait émise M. Delorme dans sa communication de 1894, et M. Loison pense que dans ces cas, on pourrait plus justement appeler la lésion « exostose traumatique ».

Or, tous les cas ne rentrent pas dans cette catégorie. Si M. Loison a observé deux cas de ce genre, il a également vu, dans

six autres cas, la néoformation située à une distance plus ou moins grande du point d'insertion du tendon ; dans tous ces faits, la tumeur osseuse est encapsulée, comme dans le cas de M. Brault, et on ne peut expliquer sa formation par le mécanisme précédent.

Si on ne veut pas accepter l'hypothèse de Virchow, admise par plusieurs auteurs et par nous-même, et qui soulève, je le concède, des objections sérieuses, il faut admettre alors l'explication ingénieuse de Bard, dont Loison se fait le défenseur. Pour expliquer la formation d'un os nouveau, M. Bard admet l'hypertrophie irritative des cellules résiduelles, situées entre les fibres musculaires et tendineuses, au voisinage du point d'insertion des muscles sur l'os. Ces cellules, dont quelques-unes se sont arrêtées dans leur développement au stade cartilagineux, ont une tendance à reprendre leur évolution et à former de l'os sous l'influence de certaines irritations. Il s'agirait tout simplement là du développement d'un os sésamoïde aberrant sous l'influence du traumatisme.

Je tiens à faire remarquer en terminant que l'ancienne théorie de Seydeler, soutenue par Charvot (hématome ossifié) ne saurait être appliquée à aucun cas.

Voici le résumé des huit observations de M. Loison.

Obs. I. — Bigot, 69e de ligne. Chute sur le coude gauche le 25 novembre 1897, sans qu'il y ait eu luxation. Ostéome du brachial antérieur consécutif. Radiographie en janvier 1898. L'ostéome est situé en avant et en dessous de l'apophyse coronoïde du cubitus. Il est possible de le mobiliser transversalement quand les muscles sont au repos. L'extension du bras peut se faire presque complètement. La flexion est limitée à l'angle droit. Le 25 janvier 1898, mon collègue Ferraton enlève par fragments la plus grande partie de la tumeur, qui est infiltrée dans le muscle brachial antérieur et ne présente aucune connexion avec l'humérus ou l'apophyse coronoïde. Le malade part en convalescence le 28 février, présentant des mouvements de flexion et d'extension encore limités.

Obs. II. — Mourlon, sergent d'infanterie de marine. Luxation du coude droit le 24 avril 1897, réduite au bout de huit jours. Les mouvements de flexion du coude restèrent limités depuis l'accident.

Une radiographie, faite le 25 octobre 1897, montre que l'ostéome présente sensiblement le même volume et la même situation que dans l'observation I. Le 27 janvier 1898, M. le médecin principal Robert enlève une petite exostose de l'apophyse coronoïde et ne trouve rien d'anormal à la palpation du tendon du brachial antérieur.

Après l'opération, les mouvements augmentèrent dans le sens de la flexion et de l'extension, mais ne reprirent néanmoins pas toute leur amplitude. Réformé le 8 mars 1898.

Obs. III. — Caillault, 13e cuirassiers. A eu un traumatisme du coude droit par chute de cheval en décembre 1897. Le blessé prétend qu'il n'y avait pas de luxation. Au mois d'août 1898, nous examinons le malade, qui vient d'être évacué sur le Val-de-Grâce. Le coude, fixé à angle obtus, ne peut effectuer que des mouvements de flexion et d'extension très limités. La pronation et la supination se font normalement. D'après l'examen clinique, je pense qu'il s'agit d'un cal volumineux résultant d'une ancienne fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et je parle au malade d'une résection possible. Une première radiographie prise dans le sens antéro-postérieur me confirme dans cette opinion. Mais une autre radiographie dans le sens transversal, montre l'existence de deux ostéomes occupant le brachial antérieur et le tendon du triceps et s'appliquant par leurs parties profondes sur les faces antérieure et postérieure de l'humérus. J'estime qu'une opération n'aura pas grand avantage et comme le blessé ne désire pas en courir les chances il est présenté pour la réforme.

Obs. IV. — Leclerc, 22e section de commis et ouvriers d'administration. Luxation du coude en arrière le 14 juillet 1898, réduite le lendemain. Un ostéome se développe consécutivement dans le brachial antérieur. Des radiographies sont faites le 10 août et le 11 décembre. Le traitement par le massage est appliqué, par M. le médecin principal Nimier. Les mouvements du coude reprennent presque toute leur amplitude et le malade continue son service.

Obs. V. — Pigache, 119e de ligne. Luxation du coude droit en arrière le 3 septembre 1898, réduction immédiate. Consécutivement se développe l'ostéome du brachial antérieur, représenté sur la radiographie prise le 9 octobre 1898. Le blessé est opéré le 18 octobre par M. le médecin principal Nimier, qui enlève la tumeur par fragments, mais sans pouvoir l'enlever complètement; elle ne présentait aucun point d'adhérence au squelette. Le malade sort le 5 novembre, par convalescence, avec une flexion et une extension presque complètes du coude.

Obs. VI. — Mme Thiraut, trente ans environ, fait une chute de bicyclette sur le coude droit, vers le milieu d'avril 1899. La tuméfaction considérable rend difficile le diagnostic exact des lésions et un chirurgien des hôpitaux pense à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Je vois la malade un mois après l'accident : le coude est resté volumineux, presque complétement immobilisé à angle obtus. La radiographie que je fais le 19 avril, me montre l'existence d'une subluxation du radius et du cubitus en arrière et d'un volumineux ostéome du brachial antérieur. Je prescris le massage et demande à la malade de revenir au bout d'un mois, puis elle a été opérée par M. Loison dans le service de M. Picqué à la Pitié et son cas a été présenté à la Société.

Obs. VII. — Couture, 5e dragons. Luxation du coude droit en arrière le 23 mars 1899, réduction immédiate. Entre au Val-de-Grâce dans le

courant de mai. La radiographie, faite le 15, montre un ostéome du brachial antérieur, mobile dans le sens transversal pendant le relâchement du muscle. Un intervention opératoire pratiquée le 19 mai, par mon collègue et ami Sieur, permet d'extirper par fragments la plus grande partie de la tumeur. Réunion immédiate. Je pratique le 25 juin une nouvelle radiographie qui montre que l'ostéome persiste en partie. Les mouvements du coude restent limités. On commence actuellement le massage et la mobilisation.

A ces sept observations d'ostéomes de la région du coude, nous ajouterons un cas d'ostéome de la partie inférieure du tendon du quadriceps crural.

Obs. VIII. — Joissan, 102e d'infanterie. Le 24 mars 1898, en courant, il tombe et ressent une douleur dans le genou, qui gonfle rapidement; quelques jours plus tard, une ecchymose apparaît à la face antérieure de l'articulation. Traité pour hydarthrose au Val-de-Grâce, dans le service de M. Nimier, il glisse sur le parquet le 13 juin et ressent un craquement à la base de la rotule. Le lendemain, on a la sensation d'un petit fragment mobile à la partie supéro-externe de la rotule. Trois radiographies aux dates du 15 juin, 5 août 1898 et 31 mai 1899 montrent à la base de la rotule la présence d'un ostéome qui semble augmenter progressivement de volume. Les mouvements de l'articulation se font bien, mais il persiste de l'hydarthrose et une certaine faiblesse du membre.

Messieurs, je vous propose : 1° de remercier M. Loison de son intéressante communication, et 2° de l'inscrire dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national de la Société de chirurgie.

I. — *Quatre cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval avec perforation de l'intestin. Quatre laparotomies, dont trois en pleine péritonite; trois guérisons*, par M. le médecin-major Dubujadoux, chef de l'hôpital militaire de Blida.

M. CHAUVEL, rapporteur.

Obs. I. — Opéré dix-sept heures après l'accident, C..., cavalier au 1er chasseurs d'Afrique, présente sur l'intestin grêle deux perforations distantes de 7 centimètres et de la péritonite avec liquide louche et exsudats fibrineux étendus; il guérit rapidement et, actuellement, fait son service sans troubles de la digestion.

Obs. II. — M..., du même régiment, a déjà 39° 2 de température et le pouls à 120 quand il subit la laparotomie quinze heures et demie après le coup de pied de cheval. Il est en pleine péritonite et la perforation, unique, mais largement béante, de la largeur d'une pièce de 50 cen-

times, laisse sortir à profusion des matières fécales. L'opération, nettoyage de l'intestin compris, a duré près de trois heures et le blessé succombe dans la nuit.

Obs. III. — B..., jeune soldat aux chasseurs, entre à l'hôpital une heure après le trauma. Ce n'est qu'après une attente de huit heures, quand il voit la température dépasser 38 degrés, la respiration s'accélérer ainsi que le pouls, l'abdomen se ballonner, que M. Dubujadoux se décide à ouvrir le ventre. Sur la face antérieure du cæcum existe la perforation, pas plus large qu'une lentille et à bords déchiquetés sans hernie de la muqueuse. Péritonite à fausses membranes. La guérison est traversée et retardée par de multiples accidents, mais elle est aujourd'hui parfaite.

Obs. IV. — S..., Arabe, frappé par un coup de pied de mulet, ayant subi de longs trajets en voiture, n'a été opéré que trente heures environ après l'accident. Péritonite à fausses membranes, perforation de l'iléon large de 5 millimètres, et à muqueuse éversée. Décapage de l'intestin avec des serviettes et avec l'ongle; durée de l'intervention : deux heures. Après plusieurs jours de hoquets et de vomissements, le malade est en pleine voie de guérison.

M. Dubujadoux fait suivre ces quatre observations, que je viens de résumer en quelques lignes, de réflexions que je dois également abréger, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent. En quinze mois, il a eu à soigner *huit* cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval ou de mulet : *quatre fois*, avec des phénomènes légers, les blessés ont guéri sans intervention; *quatre fois*, comme je viens de le dire, la laparotomie fut pratiquée et toujours il y avait perforation du tube intestinal.

La laparotomie a été pratiquée neuf, quinze, dix-sept et vingt-neuf heures après la contusion; seul, l'opéré à quinze heures a succombé. Mais alors que chez le premier blessé il n'existait que quelques plaques fibrineuses au pourtour du point lésé, chez les trois autres la péritonite envahissait tout le bassin et, à un épanchement abondant de liquide louche, floconneux, séro-purulent, s'ajoutaient des couennes fibrineuses recouvrant une étendue considérable d'intestin qu'il a fallu nettoyer.

Chez tous M. Dubujadoux signale une coloration rouge brique des pommettes et du nez, une teinte subictérique prononcée des yeux et du repli naso-labial qu'il n'a jamais rencontrée dans la contusion simple. Cette double coloration apparaît très vite.

Il en est de même de l'augmentation du nombre des respirations qui s'élèvent à 24, 32, 36, avec une sensation d'angoisse prononcée ou une angoisse inconsciente.

Bien moins fidèles se sont montrés : la défense des parois, les

vomissements, l'ascension thermométrique, alors que le ballonnement n'a jamais fait défaut, tout en restant parfois très localisé.

Deux cas, dit M. Dubujadoux, se peuvent présenter : ou le malade n'est vu que quelques heures après le traumatisme, ou bien il est conduit à l'hôpital aussitôt après l'accident.

Dans ce dernier cas, il faut soumettre le patient à une observation attentive, le laissant au repos complet, à la diète absolue, évitant surtout de lui donner de l'opium qui masque les symptômes. Le chirurgien guette les signes légers, les plus minimes en apparence. La diffusion de la douleur, la respiration plus rapide et légèrement anxieuse en dehors de la conscience du blessé, un léger tympanisme sont déjà des *signes suffisants* pour légitimer l'intervention ; la double coloration, rouge des pommettes, subictérique des conjonctives, l'accroissement du pouls renforcent les signes précédents ; mais s'il s'y joint des vomissements, si le thermomètre monte, si la défense musculaire se prononce, la laparotomie est impérieusement indiquée.

Si le blessé est vu seulement plusieurs heures après l'accident, les symptômes sont d'habitude assez prononcés pour qu'il n'y ait pas d'hésitation, et l'on a le droit d'espérer, tant que l'état général ne laisse pas trop à désirer. Ce qui fait le danger, ce n'est pas tant le nombre des perforations que leur grandeur, que la facilité d'issue des matières intestinales. La hernie de la muqueuse, la pression abdominale sont des actes de défense.

Dans trois de ses laparotomies, tant par crainte de propager la péritonite aux zones sus-ombilicales encore saines que par nécessité de se donner du jour du côté du point frappé, notre confrère a dû couper en travers le muscle droit de l'abdomen dans sa portion charnue. Il en est résulté un retrait considérable des deux bouts, l'obligation de les rapprocher par des anses de soie transversales très serrées, et cette constriction, chez les deux blessés guéris, fut suivie de la nécrose des extrémités musculaires, de la béance de la plaie, d'un long retard dans sa fermeture et de prédisposition aux éventrations. Aussi M. Dubujadoux, pour les coups de pied de la fosse iliaque, tenant compte de ce que la perforation de l'intestin siège d'ordinaire dans une zone restreinte autour du point frappé, propose de commencer par une incision iliaque genre Roux, en lui donnant le siège et l'étendue convenables.

Dans les cas de péritonite, décaper l'intestin malade par un frottis énergique ou par le grattage avec l'ongle dans toute la partie recouverte de fausses membranes, est une pratique nécessaire. Ces membranes épaisses laissent voir des amas microbiens, ronds, gris ou jaunes, aussi nets que des semis en culture de laboratoire. Pour les enlever, des lavages même antiseptiques

seraient manifestement insuffisants. Cependant, réduire l'intestin sans le dépouiller de ces exsudats, c'est réensemencer le péritoine, c'est s'enlever des chances dont la valeur dépasse le danger de la longue durée des manœuvres. Le nettoyage de l'intestin, le curage de la cavité pelvienne exigent beaucoup de temps ; nous y avons consacré, dit M. Dubujadoux, jusqu'à près de deux heures et nous sommes convaincu que si deux péritonitiques sur trois ont guéri, nous le devons à notre ténacité sur ce point.

L'épiploon, quand il se trouva dans la zone d'action, épaissi, enflammé, fut largement réséqué avant de le réduire. Pour les sutures intestinales, l'aiguille à trou calice ou chas fendu permet d'employer des fils de soie très fins obtenus par détorsion de soie ronde n° 1. Les injections intra-veineuses d'eau salée entretiennent la diurèse, permettent de prolonger la diète hydrique et le repos de l'intestin ; elles sont précieuses en cas de vomissements répétés. Quand les opérés se lèvent, une ceinture de Glénard remédie à la tendance du ventre à un affaissement sous-ombilical brusque et soulage les patients.

Ce court résumé vous montre le soin avec lequel M. Dubujadoux étudie ses malades, la décision qu'il apporte dans sa thérapeutique, son habileté à tirer parti des ressources de la chirurgie actuelle. Nous avons encore à vous rendre compte d'un autre travail de notre laborieux confrère.

II. — *Résection pour luxation ancienne de l'humérus, résultats éloignés.*

L..., tonnelier à Blida, quarante ans, est atteint depuis cinq mois d'une luxation de l'humérus gauche, presque *intra-coracoïdienne*, quand il vient trouver M. Dubujadoux, ne pouvant se servir utilement de son membre. Les mouvements actifs sont très limités, les mouvements passifs très restreints et l'anesthésie montre que l'humérus, absolument fixé, ne cède pas, même à des tractions soutenues atteignant 100 kilogrammes. L... accepte l'intervention. L'incision de Malgaigne fait constater que la tête est très profonde et très adhérente. Même après un débridement le long de la clavicule et des deux tiers antérieurs de l'acromion, il semble impossible, vu le ratatinement de la capsule, d'y faire rentrer la tête humérale si elle pouvait être dégagée. La résection s'impose, mais pour libérer l'extrémité humérale il faut sectionner le cal chirurgical de l'os avec le ciseau de Macewen et l'évider ensuite à la curette, ne pouvant la déplacer avec un davier et l'attirer au dehors.

Le bout inférieur de l'os est alors abrasé, arrondi et ramené à

sa place normale, intra-capsulaire. Hémorragie abondante venant du tissu osseux, suture, drain. Dès le huitième jour, M. Dubujadoux imprime au bras des mouvements légers en tous sens; à partir du quinzième jour il les rend progressifs, il masse; le vingtième jour, L... est laissé libre de mouvoir son bras à son gré.

Revu deux mois plus tard, il possède 45 degrés dans l'abduction; la rotation en dehors est très limitée; l'adduction et la rotation en dedans sont plus faciles. Le deltoïde, les sus et sous-épineux sont notablement atrophiés. Grâce au massage, à l'électricité, les mouvements s'étendent et la vigueur se rétablit; l'opéré travaille tout le jour de son métier. Trois photographies permettent de juger du résultat obtenu au bout de six mois.

M. Dubujadoux pense que dans bien des cas de luxation très ancienne, les opérateurs auront à lutter contre les difficultés qu'il a rencontrées et se trouveront dans l'impossibilité de décapiter la tête par les procédés de résection ordinaires. Il conseille de recourir comme il fut obligé de le faire, à la section du col huméral avec le ciseau et à l'évidement de la tête de l'intérieur à l'extérieur. Il nous semble que ce procédé d'exception ne saurait être préconisé comme méthode régulière, il ne doit être utilisé que par nécessité absolue.

Je vous propose, Messsieurs, de remercier M. Dubujadoux de ses intéressantes communications, et je vous demande de vouloir bien l'inscrire dans un bon rang sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Présentations de malades.

Grossesse extra-utérine. — Poussées de fièvre correspondant à des hémorragies.

M. Routier. — La malade que je vous présente est une jeune femme de vingt-quatre ans, qui s'est mariée en décembre 1898.

Elle a toujours été bien réglée jusqu'en février 1899. Dès ce moment, ses règles n'ont jamais reparu; une nuit en avril cependant, elle perdit un peu de sang.

Dès la fin d'avril, elle commença à sentir des douleurs dans le ventre, surtout à droite; la marche, la station debout d'abord difficiles et douloureuses, sont devenues impossibles, et c'est pour cela qu'elle vint dans mon service le 2 juin de cette année.

L'utérus était dévié à gauche, par une tumeur à peu près du

volume du poing qui occupait le côté droit et postérieur du petit bassin. Cette tumeur était accessible par la palpation abdominale.

Je songeai à une grossesse extra-utérine et pensai qu'il fallait en pratiquer l'ablation par la laparotomie.

Dès le lendemain de son admission, cette malade accusait une douleur plus vive dans le ventre, elle avait 39 degrés et 110 pulsations : je pensai que sa grossesse extra-utérine était une hématocèle qui était en train de suppurer.

Ce même accident se reproduisit deux fois, et chaque fois la tumeur augmentait de volume, si bien que le 8 juin, la tumeur montait à l'ombilic.

Convaincu par ces trois poussées fébriles qu'il s'agissait de suppuration, je pratiquai une incision rétro-utérine, prêt du reste à agir par la voie abdominale.

L'incision rétro-utérine donna issue à du sang noir, à des caillots, et au fœtus de 50 millimètres que je vous présente; au sang noir succédait déjà du sang rouge, aussi, je pratiquai de suite la laparotomie; je vidai le reste des caillots; les annexes droites saignaient, la trompe était déchirée, je les réséquai. Les annexes gauches présentaient quelques adhérences, mais je es laissai en place. Un drainage fut établi par l'incision vaginale, la paroi abdominale suturée.

Les suites furent très simples, et la malade a guéri; depuis elle a ses règles fort régulières et se porte parfaitement.

Je vous ai présenté cette malade pour montrer une fois de plus que, contrairement à l'ancienne doctrine, les hémorragies internes ne sont pas toujours suivies de l'abaissement de la température, et que, bien au contraire, comme cela a du reste été dit ici à maintes reprises, l'élévation de la température peut très bien coïncider avec l'épanchement du sang; je m'y suis cependant laissé prendre, puisque, dans le cas particulier, après avoir fait d'abord le diagnostic juste de grossesse extra-utérine, ces trois élévations consécutives de la température m'avaient fait croire à la suppuration.

M. Pozzi. — A propos de la communication si intéressante de M. Routier, je veux faire une remarque.

M. Routier a dit qu'on croyait autrefois que les hémorragies abdominales donnaient de la dépression de la température et qu'à présent on sait qu'il peut y avoir élévation. J'ai l'un des premiers insisté sur cette élévation de température dans les épanchements sanguins intra-cavitaires ou même interstitiels (*Thèse* de de la Nièce, 1893). Il n'est pas nécessaire pour cela qu'il y ait suppuration, en particulier dans les hématocèles pelviennes, ainsi que

je l'ai souvent observé. Je crois que, dans une grande hémorragie interne, il peut y avoir au début dépression et plus tard élévation, parce que, le sang se résorbant, des ptomaïnes sont absorbées, mais je n'ai jamais observé au début l'hyperthermie ; sans doute, il faut pour que cela se produise que le sang soit ancien, qu'il ait subi une certaine altération.

M. Routier. — Au moment où la malade avait 39 degrés, la tumeur augmentait de volume sous la main, il ne pouvait donc s'agir là de sang anciennement épanché.

M. Tuffier. — Cette question a déjà été traitée ici à propos des divers épanchements sanguins.

Je puis citer un cas d'hémothorax ou l'élévation de la température avait fait croire précisément à une transformation purulente ; M. Girode fit une ponction et trouva un liquide sanglant bactériologiquement aseptique. Je ne touchai pas à cette malade et l'épanchement se résorba. Ceci est vrai pour tous les hématomes.

M. Hartmann. — Je voulais appuyer ce que vient de dire M. Routier. J'ai vu souvent des malades atteints de balles dans le thorax ; au moment de l'hémorragie, la température montait et le sang, cultivé par mon interne Morax à l'institut Pasteur, était stérile. J'ai vu le même phénomène se produire dans des hématocèles récentes, dans des épanchements sanguins du genou, de même dans une rupture d'anévrisme du creux poplité ; aussi je crois qu'un épanchement sanguin considérable sans altération d'aucune sorte peut donner une élévation de température.

Abcès du lobe droit du cerveau d'origine otique, hémiplégie gauche. Trépanation, évacuation de l'abcès, massage consécutif, disparition de la contracture des muscles paralysés,

par M. E. KIRMISSON.

Auguste P..., âgé de trois ans, a été atteint de la scarlatine au mois d'octobre 1898. A la suite de cette scarlatine, il a eu une otite moyenne droite, puis une mastoïdite pour laquelle il a été opéré par nous le 5 décembre 1898. La cavité de l'antre mastoïdien a été grattée avec la curette et nous en avons extrait des fongosités abondantes. A quelque temps de là, l'enfant quittait l'hôpital en bonne voie de guérison, et il revenait de temps en temps à la consultation pour les pansements. Trois mois plus tard, au commen-

cement de mars, la mère nous fit remarquer que l'enfant ne pouvait plus se servir de son bras gauche. En l'examinant, nous constatâmes que le membre supérieur et le membre inférieur gauche étaient le siège d'une contracture permanente. La cuisse était dans la demi-flexion sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse. L'avant-bras était dans la demi-flexion sur l'avant-bras et restait immobilisé dans cette position; les doigts étaient fortement fléchis dans la paume de la main.

L'enfant fut admis à l'hôpital, et nous pûmes nous convaincre qu'il n'existait pas chez lui de signes de méningite diffuse, il n'y avait pas de fièvre. D'autre part, l'hémiplégie gauche, succédant aux phénomènes suppuratifs du côté de l'oreille droite, montrait bien que nous avions affaire à un abcès du cerveau d'origine otique.

Bientôt, une paralysie faciale gauche vint s'ajouter à l'hémiplégie du même côté.

Le 11 mars, nous intervenons par la trépanation. Nous plaçons immédiatement en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille droite une couronne de trépan de 12 millimètres de diamètre, de façon à pénétrer dans l'étage moyen du crâne. La dure-mère, mise à nu, est tout à fait normale; elle est incisée crucialement, et une aiguille de Pravaz est plongée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans dans la substance cérébrale, de façon à atteindre les zones motrices. Au bout de quelques secondes, du pus se montre dans le corps de pompe; la lame d'un bistouri, guidée par l'aiguille, débride alors la substance cérébrale et donne issue à une grande quantité d'un pus séreux, jaunâtre, que l'on peut évaluer à 60 grammes au moins. Un drain est placé dans la cavité de l'abcès, qui est lavée à l'eau boriquée tiède jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument propre; la plaie est pansée avec la gaze au salol.

L'examen bactériologique du pus pratiqué par mon chef de laboratoire, M. le Dr Küss, a révélé la présence de streptocoques à longues chaînettes.

Pendant les premiers jours, il s'écoulait à chaque pansement une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Toutefois la guérison de la plaie fut obtenue sans incident; nous noterons seulement une varicelle intercurrente.

Le 27 avril, le drain mis en place dans la cavité de l'abcès était supprimé. A la fin de mai, la cicatrisation était presque complète. Mais ce qui me préoccupait, c'était la persistance des contractures. Si nous pouvions nous féliciter d'avoir, par notre intervention chirurgicale, sauvé la vie de l'enfant, il était grandement à craindre qu'il ne conservât une infirmité incurable. En effet, plus que

jamais, la cuisse était fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, le membre supérieur collé au tronc, l'avant-bras dans la pronation forcée, les doigts fortement fléchis dans la paume de la main.

C'est dans ces conditions que je soumis l'enfant à un traitement méthodique par e massage; le résultat a été à la fois très rapide et très satisfaisant. Aujourd'hui, comme vous le voyez, l'enfant marche sans difficulté; toute trace de contracture du membre inférieur gauche a disparu; il reste seulement un peu de contracture des doigts de la main gauche, surtout marquée au niveau des deux derniers doigts du bord cubital; mais l'enfant a de la force et peut, de cette main, saisir et presser les objets. Cette restitution des fonctions après une hémiplégie, avec contracture aussi considérable, m'a paru digne d'intérêt; aussi ai-je désiré soumettre ce petit malade à votre examen.

M. Demoulin présente une malade opérée d'une plaie de l'intestin due à un coup de revolver; guérison.

Remis à l'examen d'une Commission; M. Rochard rapporteur.

Fracture de jambe avec déplacement considérable des fragments. Huit à neuf centimètres de raccourcissement. Delirium tremens pendant trois jours. Impossibilité de réduction de la fracture sous chloroforme. Au bout de trois semaines, ostéotomie très oblique et réduction. Au bout de huit jours, appareil d'Hennequin. Consolidation après élimination d'un séquestre avec raccourcissement de 2 centimètres.

M. Ed. Schwartz. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade entré dans mon service il y a près d'un an pour une fracture de la jambe dont vous pouvez juger le déplacement par la radiographie ci-jointe.

La jambe était infiltrée d'une grande quantité de sang; le blessé fut atteint d'un *délirium tremens* qui dura trois jours et empêcha toute tentative de réduction.

Celle-ci fut tentée mais vainement sous le chloroforme.

Impossibilité de mettre les fragments bout à bout.

Au bout de trois semaines, quand l'épanchement sanguin fut à peu près résorbé, je pratiquai, avec l'assistance de notre excellent collègue, le docteur Hennequin, une ostéotomie oblique des fragments, de façon à pouvoir les coapter et faire glisser l'un sur l'autre sans m'inquiéter du péroné.

Le fragment supérieur, taillé en pointe, fut introduit par son extrémité dans le canal médullaire, ouvert obliquement, du fragment inférieur.

Pas de sutures osseuses.

Application d'un épais pansement ouaté.

Il se fit un gros épanchement de sang et consécutivement s'élimina un séquestre détaché du fragment supérieur. Notre collègue Hennequin voulut bien appliquer son appareil à extension continue qui fut laissé en place quatre mois. Le tout fut retiré en mai 1899.

Depuis, le blessé fut massé et pansé régulièrement.

Vous pouvez constater actuellement la consolidation complète de la fracture, avec 2 centimètres de raccourcissement au maximum. Il existe encore un petit trajet fistuleux en avant, qui conduit sur un point osseux dénudé. Il y a là encore un petit séquestre qui doit s'éliminer bientôt. Le blessé marche et appuie bien sur sa jambe. C'est là un résultat dû sans nul doute à l'ostéotomie oblique et surtout à l'appareil de notre collègue Hennequin, qu'on ne saurait assez recommander dans tous les cas de graves fractures de jambe avec déplacement et chevauchement.

M. Reclus. — Dans la dernière séance, M. Ohier, de Vincennes, avait présenté une tumeur du front; on avait pensé à une encéphalocèle ou à un kyste dermoïde, c'est ce dernier diagnostic qui était exact. Je l'ai opéré et ai constaté alors que les duretés que l'on percevait à la surface de la tumeur étaient dues à des épaississements de la paroi. Il y avait des adhérences à l'orbite et aussi au conduit auditif, et dans ces adhérences on trouvait de petits kystes contenant des matières gélatineuses et muqueuses diversement colorées. On s'explique mal, étant donné cette tumeur, comment après une ponction simple dont nous a parlé la mère de cette jeune fille, la tumeur après s'être affaissée, s'était reproduite presque subitement, et j'ai peine à croire que notre collègue Marchand, dont tout le monde connaissait le grand sens clinique, ait pu dire que l'opération était fort dangereuse et entraînerait certainement une méningite.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine.

2° Une lettre de M. Legueu, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire ;

3° Un travail de M. Buffet (d'Elbeuf). — Renvoyé à M. Hennequin, rapporteur ;

4° Un travail de M. Guermonprez, membre correspondant. — La Société consultée en suspend la lecture, jusqu'après discussion en comité secret ;

5° M. Richelot dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Pauchet (d'Amiens), deux observations :

1. *Kyste de l'ovaire. Castration abdominale totale, déchirures du côlon, restauration à l'aide des débris du kyste. Guérison.*

2. *Occlusion intestinale. Guérison.* — M. Richelot, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Picqué. — Messieurs, je vous ai présenté, dans la dernière séance, un malade atteint d'un ostéome probable du brachial antérieur. Mention n'en a pas été faite dans le procès-verbal.

Beaucoup de nos collègues qui ont eu l'extrême amabilité d'examiner ce malade, avaient pensé qu'il s'agissait plutôt d'une exostose humérale, diagnostic auquel je m'étais du reste rallié.

L'intervention que vous m'avez conseillée m'a démontré qu'il s'agissait d'un ostéome développé dans les insertions du coraco-brachial et du brachial antérieur, ainsi que je l'avais pensé tout d'abord.

J'ai suivi point par point la technique qui m'avait été indiquée par mon collègue et ami Loison (du Val-de-Grâce) et qui m'a permis de mener à bien cette intervention.

Cet ostéome était bien invaginé dans le tissu musculaire, comme dans le cas de Brault (d'Alger).

Je vous présenterai un de ces jours l'examen histologique.

M. Poirier. — J'ai observé hier matin un ostéome rare, car je n'en ai pas trouvé d'exemple dans ce que j'ai pu lire sur la question. Il s'agit d'un ostéome du masséter. Son étiologie est bizarre, il a succédé à un coup de corde. Une corde a fouetté brusquement la figure du malade. Aussitôt impossibilité d'ouvrir la mâchoire. Un mois après, le malade se présente à l'hôpital. Le diagnostic était hésitant. Mes internes pensèrent à une fracture mal consolidée ; pour moi, je diagnostiquai une exostose ou un ostéome ; c'est ce dernier diagnostic qui se trouva exact. Hier matin, je l'opérai et trouvai un ostéome; celui-ci extirpé, le malade put ouvrir la bouche. Je vous présenterai ce malade si toutefois il guérit.

A quoi attribuer cet ostéome : à un épanchement sanguin ou bien à un débris osseux ayant entraîné sa formation? Je ne sais, quoi qu'il en soit, c'est là un cas curieux et l'ablation de la tumeur a été suivie d'une amélioration immédiate.

M. Picqué. — Comme dans le cas de M. Poirier, j'ai constaté chez mon malade l'existence d'une contracture du biceps et c'est ce signe qui m'avait fait penser tout d'abord à un ostéome musculaire.

A propos de la présentation de grossesse extra-utérine rompue et de la température dans les épanchements sanguins.

M. Gérard Marchant. — A propos de la discussion soulevée dans la dernière séance sur la *fièvre hématique aseptique*, permettez-moi de vous rapporter trois observations d'épanchements sanguins s'étant accompagnés de fièvre. Cette élévation de température ayant suivi de très près ou même immédiatement la production de la collection sanguine, et ayant disparu avec l'évacuation de

ces hématomes, ou leur regression, il ne me semble pas douteux qu'il n'y ait un rapport de causalité entre l'hématome et la fièvre.

La première de ces observations se rattache à un hémothorax; la deuxième est un cas d'hémarthrose du genou; dans la troisième il s'agissait d'une fracture du plateau du tibia.

Obs. I. — V... (Thérèse), vingt et un ans, entrée le 4 octobre 1899, salle Strauss, lit n° 7.

Antécédents. — Bonne santé habituelle, pas d'antécédents pulmonaires.

Histoire de l'affection. — Le mercredi 4 octobre, reçoit un coup de couteau dans le dos à la suite duquel elle entre à l'hôpital Boucicaut.

En l'examinant, on reconnaît l'existence d'une plaie large d'environ 2 centimètres siégeant dans la partie supérieure *à droite* de la colonne vertébrale, à la hauteur de la 2e ou 3e vertèbre dorsale. Cette plaie donne peu de sang, l'état général est bon, et l'auscultation pratiquée à ce moment montre l'intégrité de l'appareil pleuro-pulmonaire.

La température ne fut prise que le lendemain; elle était normale.

Le jour suivant (6 octobre), trois jours après son entrée, la température s'élève à 38° le matin, à 37°9 le soir. On fait placer des ventouses sèches. Le même jour, on ausculte la malade et l'on reconnaît la présence d'un épanchement dans la plèvre gauche (matité, absence de murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloque aphone). A cause de la lenteur avec laquelle s'est produit cet épanchement (et du côté opposé à la plaie), on croit plutôt à un épanchement séreux qu'à un hémothorax. Le samedi 7 novembre, la température augmente encore et atteint 39°8 le soir, et en même temps la malade présente de la dyspnée. Même température le dimanche 8; on se décide à faire une ponction avec l'appareil Potain, par laquelle on retire 320 grammes de sang pur. Dans la journée, la malade se sent beaucoup mieux, elle n'a que 37°4 le soir; et sa température reste à la normale les jours suivants.

La malade quitte l'hôpital en très bon état et ne se ressentant plus de sa blessure le 14 octobre.

Obs. II. — S... (Charles), dix-huit ans, journalier, entré le 28 septembre.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Le 28 septembre, au matin, le malade est renversé dans la rue et a le genou droit serré entre deux voitures.

Il est amené de suite à l'hôpital.

Le genou droit est volumineux; on sent nettement le choc rotulien. La température locale de la jointure est plus élevée que celle du côté opposé.

On ne trouve pas de fracture de la rotule, ni de l'extrémité inférieure du fémur. Il n'y a pas de points particulièrement douloureux au pourtour de l'articulation.

C'est une simple contusion du genou avec épanchement considérable dans la jointure et, étant données l'origine traumatique et l'apparition

brusque de cet épanchement, il est très probable que cet épanchement est hématique.

Un fait à noter, c'est que dès le soir de l'accident, le malade a de la fièvre : 39 degrés.

Le 29, on fait la ponction, on retire 90 grammes de sang pur. Compression ouatée.

Dès le lendemain de la ponction, la température tombe à 38 degrés, et le surlendemain, elle est aux alentours de 37 degrés, qu'elle ne dépasse plus.

Le malade quitte l'hôpital le 13 octobre. L'épanchement ne s'est pas reformé. Le malade recommence à marcher.

Obs. III. — B... (Anatole), cinquante-sept ans, terrassier, entré le 30 octobre 1899, salle Saint-Jacques, lit n° 5.

Début. — Le 30 octobre 1899, le malade glisse, tombe et reçoit un certain nombre de madriers sur le genou droit; aussitôt, il ressent une douleur très vive et est incapable de se servir de son membre. On l'amène peu de temps après à l'hôpital où nous l'examinons.

Actuellement. — Le genou droit est le siège d'un gonflement considérable; les culs-de-sac de la synoviale du genou sont très saillants. On constate en outre que le gonflement s'étend sur la partie supérieure de la face externe de la jambe le long du péroné. En palpant la région, on reconnaît la présence d'une collection liquide dans la synoviale du genou qui est presque sûrement du sang, si l'on tient compte de la rapidité extrême avec laquelle l'épanchement s'est produit. Quant à la tuméfaction externe, elle est aussi due à un épanchement sanguin, mais celui-ci sous-cutané, et ne communiquant pas avec le premier.

En poursuivant l'examen, on découvre la cause de l'épanchement : en effet, en plus de la douleur spontanée due à la tension de l'épanchement, on provoque une vive douleur par la pression des plateaux du tibia, surtout en dehors. En outre, il existe des mouvements de latéralité beaucoup plus étendus que normalement. La rotule est intacte, ce qui permet de donner comme cause à cette volumineuse hémarthrose la fracture limitée des plateaux du tibia.

Traitement : immobilisation dans un appareil et compression.

Le lendemain de son entrée, le 31 octobre, la température s'éleva à 38° le matin, à 38°8 le soir et ainsi de suite jusqu'au soir du 1er novembre où elle atteignit 40°3. Elle resta au voisinage de 40° le 2 novembre, puis redescendit peu à peu jusqu'au 8 novembre où elle atteignit 37°. Pendant la durée de cette élévation de la température, on examina et on ausculta fréquemment le malade pour en découvrir la cause; mais jamais on ne put l'expliquer par une lésion viscérale quelconque. On conclut donc à une élévation de température due à la coexistence de l'épanchement sanguin.

M. Reynier. — Messieurs, je voudrais faire quelques remarques à propos de l'observation qu'a présentée M. Routier dans la dernière séance. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, sur le

diagnostic de laquelle il avait été trompé par les élévations de température qu'il avait relevées sur sa malade. Croyant à une hématocèle suppurée, il l'a ouverte par le vagin. Mais après avoir extrait le fœtus il s'est trouvé en présence d'une hémorragie, qui l'a forcé à recourir à la laparotomie.

Or dans cette observation, je trouve la confirmation de tout ce que j'ai soutenu ici à plusieurs reprises. J'ai été le premier à signaler dans cette société les élévations de la température dans les hématocèles, insistant sur les difficultés du diagnostic à cause de ce symptôme. Et avec M. Hartmann, nous avons apporté des observations où l'examen bactériologique avait été fait, montrant que cette élévation de température ne correspondait pas à une infection microbienne. Ces faits réunis à ceux que MM. Tuffier et Quénu avaient rapportés, d'hémorragies fébriles se produisant dans d'autres séreuses ont d'ailleurs été le point de départ d'un travail très complet et très intéressant d'un élève de notre regretté confrère le Dr Heidenhaim, M. le Dr Lucien Pillon, sur la fièvre traumatique aseptique. Cette question est donc à l'heure actuelle bien connue.

Mais dans l'observation de M. Routier il y a un autre point qui m'intéresse, c'est la difficulté de faire le diagnostic d'une hématocèle habitée, ou d'une hématocèle liée à une salpingite hémorragique. L'erreur qu'a commise un clinicien aussi distingué que M. Routier, et que j'ai commise moi-même dans une observation identique à la sienne, et que je vous avais rapportée, vient montrer une fois de plus cette difficulté.

C'est à propos de cette difficulté que j'ai insisté sur la nécessité de choisir la voie abdominale pour aborder les hématocèles, quand on ne les croit pas suppurées.

On peut, en effet, se trouver en présence d'une hémorragie qui nécessite la laparotomie d'urgence. Or l'observation de M. Routier montre le danger de ces hémorragies, et la difficulté de les arrêter par la voie vaginale, ainsi que je le disais, lorsque quelques-uns d'entre vous au contraire soutenaient qu'on pouvait toujours se rendre maître de ces hémorragies par la voie vaginale.

La malade de M. Routier a bien guéri, d'ailleurs comme la mienne. Mais si on avait pu faire le diagnostic, n'aurait-il pas été préférable de commencer la laparatomie, au lieu de risquer de s'infecter en commençant par la voie vaginale?

Je remercie donc M. Routier de nous avoir apporté cette observation, qui concorde si bien avec tous les faits que j'ai observés, et qui vient, je le répète, tellement à l'appui de tout ce que j'ai soutenu devant nous.

M. Routier. — Si j'ai employé d'abord l'ouverture vaginale, c'est, comme je l'ai dit, parce que je craignais la suppuration : ayant trouvé au contraire une hématocèle habitée, j'ai fait la laparotomie : ma malade a couru certainement beaucoup moins de dangers que si j'avais fait d'emblée la laparotomie pour un gros abcès, ce qui pouvait bien être et ce que je redoutais.

Rapports.

Sur une observation de M. Psaltoff (de Smyrne), *grossesse méconnue*,

M. ROUTIER, rapporteur.

Il s'agit d'une seule observation, et mon rapport sera bref, car le cas ne me paraît pas prêter à de longs développements.

M. Psaltoff (de Smyrne) nous a adressé l'observation suivante que je résume.

Une dame veuve, âgée de trente ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1899, pour des métrorragies qui se sont produites il y a quelques jours.

Elle a eu deux enfants, et a toujours été bien réglée ; cependant elle aurait eu pendant ces deux dernières années une suspension de règles durant onze mois, puis pendant quatre mois les règles auraient repris, enfin les trois dernières périodes auraient manqué totalement.

On la garde treize jours dans le service de médecine ; l'hémorragie persistant, on la fait passer en chirurgie le 7 avril.

La malade se refusait à tout examen, elle niait aussi tout rapport sexuel depuis son veuvage !

M. Psaltoff lui donne du chloroforme et examine l'utérus. « Nous trouvâmes, dit l'auteur, la matrice assez volumineuse et mobile. Nous introduisîmes sans difficulté un hystéromètre à 11 centimètres. »

Sur ce, on fait la dilatation du col avec des bougies d'Hégar, jusqu'au n° 14, et on procède au curettage de la cavité utérine, suivi à son nettoyage au chlorure de zinc à 1 p. 8.

Malgré cela, l'hémorragie continue ; cependant dix jours après elle diminuait, et on cautérisait le col à nouveau avec le chlorure de zinc.

Dix-huit jours après, soupçonnant un fibrome interstitiel, on se mettait en devoir de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

Le ventre ouvert, l'utérus parut congestionné, et semblait fluctuant; on fit une ponction, qui ne donna rien, il est vrai qu'on s'aperçut après que le trocart était bouché.

L'utérus fut attiré au dehors avec le tire-bouchon; un aide enfonce une pince dans le vagin pour faire bomber le cul-de-sac postérieur, l'auteur fait sur cette pince une ouverture de 2 centimètres, mais c'est la matrice qu'il a ouverte et il s'aperçoit que la matrice est gravide.

Alors, arrêtant son opération, M. Psaltoff fait quelques points de suture sur l'utérus, au niveau de son incision et au niveau de l'orifice du tire-bouchon, et referme le ventre.

Quelques heures après, la malade faisait son avortement et accouchait d'un fœtus de trois mois; elle quitta ensuite l'hôpital le 26 mai.

M. Psaltoff tire de son observation un certain nombre de conclusions que nous ne pouvons pas admettre sans discussion; ainsi il avance « que cette femme ne présentait aucun signe de grossesse ». Et il s'appuie sur les dénégations de la femme au point de vue des rapports sexuels, et sur l'introduction qu'il avait fait, et de l'hystéromètre et des bougies d'Hégar.

Je n'insisterai pas sur les protestations de cette jeune veuve; si M. Psaltoff les avait rapprochées de son refus de se laisser examiner, elles auraient moins pesé certainement sur son diagnostic; il est certain qu'il ne s'y laissera plus prendre.

Quant à l'introduction de l'hystéromètre et même des bougies d'Hégar, nous connaissons la tolérance de certains utérus gravides.

J'aurais bien préféré voir l'auteur tenir compte de ce renseignement à lui fourni par la malade, c'est qu'elle n'avait pas eu ses règles depuis trois mois, et elle avait trente ans; et de ce renseignement que lui avait fourni le toucher, « matrice assez volumineuse ».

C'en était assez sinon pour faire le diagnostic de grossesse, tout au moins pour attendre et ne pas introduire l'hystéromètre. On doit être très réservé sur l'usage de cet instrument, dont les indications sont du reste fort restreintes; nous sommes heureusement loin de cette époque où la consultation gynécologique consistait trop souvent, sinon toujours, à passer toute femme venant consulter, d'abord au spéculum, puis à l'hystéromètre; on notait soigneusement le nombre de centimètres d'introduction, on notait moins les nombreux cas d'avortement inconsciemment provoqués. Le spéculum est devenu un instrument pour pratiquer les pansements non plus les examens : et l'hystéromètre ne doit être employé qu'exceptionnellement et à bon escient.

Les pertes dont se plaignait la malade pouvaient bien n'être que le prélude d'un avortement peut-être bien provoqué.

L'erreur admise, reste encore la conduite tenue par l'opérateur, je veux parler de la suture faite de cet utérus gravide et ouvert en deux endroits, c'est vraiment une conduite hardie, et bien qu'elle ait été couronnée de succès, je n'oserais pas la conseiller, surtout pour un utérus qu'on avait déjà dilaté et curetté, et qui pouvait donc être infecté.

Il me semble qu'il était plus rationnel de faire l'hystérectomie totale.

Quoi qu'il en soit, je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Psaltoff, qui a eu le courage de communiquer son erreur pour en préserver ses confrères, et de déposer son observation aux archives.

Sur une observation du Dr Leguern (de Saint-Brieuc), intitulée : *Trépanation par la voie transmastoïdienne pour un abcès sous-dure-mérien avec méningite,*

M. Ed. Schwartz, rapporteur.

Vous m'avez chargé d'un rapport sur une observation du Dr Leguern dont le titre ci-dessus vous dira tout l'intérêt. Comme cette question a déjà été traitée maintes fois devant la Société de Chirurgie, entre autres par mes distingués collègues Picqué, Reynier, Broca, et qu'il a semblé qu'elle doit être tranchée dans le sens adopté par notre confrère, vous me permettrez d'être bref.

Voici d'abord l'observation de la malade :

Mlle D..., fillette de onze ans, est atteinte en juin 1899, de scarlatine très légère. Légère angine le 8 juin, puis éruption fugace sur le tronc. Antisepsie buccale et nasale. Régime lacté.

Le 15 juin. Douleurs très vives dans l'oreille gauche; la pression sur la mastoïde est douloureuse. Température, 39°. Très rapidement il se forme du pus dans la caisse; mais la paracentèse du tympan, repoussée par la famille d'abord, puis acceptée et pratiquée le 17 juin, tout en donnant issue à du pus, n'amène qu'une rémission momentanée des accidents. La température tombe les trois jours suivants à 38° puis 37°5; les douleurs sont moindres, le sommeil est possible.

Le 20 juin, le Dr Leguern voit l'enfant dans la matinée. Température, 37°5. Écoulement abondant de pus par l'oreille. L'enfant est gaie et joue.

Pas de douleurs au niveau de la mastoïde. Il annonce aux parents

que tout danger est conjuré, quand deux heures après son départ, elle est prise brusquement de douleurs très vives dans la tête, avec prostration, vomissements.

Le 21, il est rappelé en hâte et constate les symptômes suivants : L'enfant est très abattue, presque sans connaissance; elle porte la main à la tête où elle paraît souffrir beaucoup, photophobie, pression des globes oculaires très douloureuse surtout à gauche; douleur très vive à la pression au-devant et au-dessus du méat auditif sans grand' chose du côté de la mastoïde, douleur très vive encore au niveau de la région occipitale gauche. Température : 41°3. Pouls : 140. Notre confrère pensa soit à un abcès sous-dure-mérien, soit à une méningite. En l'absence de toute localisation, il estima qu'il fallait d'abord ouvrir la mastoïde, pénétrer dans le crâne par là et chercher la lésion. L'opération fut proposée, acceptée et pratiquée aussitôt. La température était à ce moment de 41°5, l'enfant a repris connaissance.

Chloroformisation. Mise à nu de la mastoïde au lieu d'élection. Trépanation, avant d'arriver à l'antre, qui est légèrement ouvert, une goutte de pus, écoulement de pus et de sang par la paroi supérieure, mais en très petite quantité. Ouverture du crâne par cette paroi supérieure. Nappe purulente concrète entre la dure-mère et l'os. Incision de la dure-mère. Pas de pus au moins apparent au-dessous d'elle. Nettoyage avec des tampons stérilisés; puis tamponnement jusque sur les méninges, très mou pour ne pas faire de rétention. Glace en permanence sur la tête.

Très rapidement les symptômes graves s'amendent. L'enfant se réveille, mais reste un peu abattue; la photophobie persiste le lendemain matin. La température est à 38°5, pouls à 100, un vomissement.

Le 23 juin, température, 39° et 39°5. Pouls, 120. Écoulement de pus abondant par la mastoïde après l'ablation du pansement qui est renouvelé les jours suivants, même état mais plutôt amélioration graduelle.

L'enfant se nourrit et prend beaucoup de lait.

Le 27 juin, température, 37°4 et 37°. Pouls irrégulier et ralenti à 60. Malgré cela, état général bon.

Les jours suivants, écoulement par l'oreille, insignifiant, mais abondant par la mastoïde.

Le 1er juillet, elle est prise pendant la nuit de vomissements et de céphalalgie, de cauchemars, mais tout cela disparaît. Le pouls remonte à 80 et le 16 juillet, l'enfant commence à se lever. Nous avons vu cette petite malade le 17 juillet et avons pu constater sa complète guérison.

L'observation que nous venons de vous rapporter fait honneur à notre confrère Leguern. Très rapidement et sans hésitation, il a pris la décision la plus sage, à notre avis, celle d'aller à la recherche de la lésion profonde qui menaçait l'existence de sa malade.

Ayant eu des signes d'otite moyenne suppurée, sans grandes indications du côté de la mastoïde, il n'a pas hésité à passer à travers elle pour aller ouvrir l'antre, puis le crâne au niveau de

la fosse temporale. Cette conduite nous paraît absolument justifiée et nous sommes absolument, à cet égard, de l'avis de notre collègue Broca qui a défendu très énergiquement cette manière de faire. L'observation de M. Leguern vient s'ajouter aux nombreux cas déjà publiés et montrer le bien fondé de cette manière de faire, que j'ai pour ma part appliquée dans toutes les circonstances où cela m'a été possible. Nous avons toujours trouvé, en traversant la mastoïde pleine de pus dans certains cas, presque indemne dans d'autres, le foyer sous-dure-mérien.

Permettez-moi de vous rapporter à ce sujet une observation qui montre que la voie transmastoïdienne peut même permettre des recherches plus profondes, alors qu'on ne tombe pas sur des lésions méningées proprement dites et circonscrites.

Une jeune fille de dix-sept ans, A. M..., est apportée dans mon service, le 4 mai 1898, dans un état de demi-coma.

Ses parents me racontent qu'elle est atteinte d'un écoulement de l'oreille gauche, depuis son jeune âge. Une de ses sœurs est morte de méningite. Elle-même a toujours été très délicate, et souffre depuis un mois environ de douleurs irradiées dans toute la tête. Depuis huit jours, elles se sont encore accentuées; elle a été prise de frissons, de vomissements, de points de côté. Depuis vingt-quatre heures, elle est très abattue, très faible, répondant difficilement, mais clairement aux questions qui lui sont posées; elle a de la photophobie ; elle enfonce sa tête dans les oreillers et est couchée en chien de fusil.

Elle accuse une céphalalgie très violente ; on détermine un point douloureux au niveau de la mastoïde gauche ; écoulement abondant de pus par l'oreille gauche. La malade a vomi plusieurs fois ; constipation opiniâtre. Le pouls est lent, très faible, à peine perceptible. La température oscille entre 36° et 37°75. Extrémités froides. Signes de tuberculose dans le sommet du poumon droit. Lavages de l'oreille. Je fais demander les parents pour leur exposer la situation et leur proposer une trépanation, car je pense à un abcès sous-dure-mérien avec phénomènes de compression.

Le 10 mai, trépanation transmastoïdienne. La mastoïde est éburnée. J'agrandis la trépanation, ouvre l'antre qui est nettoyé ; puis allant en haut et en avant, je mets à découvert la dure-mère sur une étendue d'une pièce de 5 francs. Aucune trace de pus, rougeur de la méninge, congestion veineuse. Tension très grande ; aucun battement cérébral. J'incise la dure-mère ; le cerveau fait aussitôt hernie, mais ne bat pas ; méninges œdémateuses. Il me semble sentir en pressant sur le cerveau de la fluctuation profonde. Avec le petit trocart aspirateur, je ponctionne dans la direction du ventricule latéral, et, à 5 centimètres environ, je retire 60 grammes de liquide clair, après l'évacuation duquel les battements du cerveau apparaissent. Le pouls, qui battait 55 fois, remonte au-dessus de 100. Je pousse un drain dans le ventricule latéral, et ferme autour de lui.

Les suites opératoires furent d'abord bonnes. Ecoulement abondant par le drain de liquide céphalo-rachidien. Mais le 4e jour du coma s'installe et l'opérée succombe rapidement.

L'autopsie n'a pu être faite, mais je suis convaincu qu'il s'est agi d'une tuberculose méningée avec hydrocéphalie.

Cette observation m'a paru intéressante à mettre en regard de celle de notre confrère Leguern. Elle nous montre la bonté de la voie transmatoïdienne, en même temps qu'une tentative malheureusement infructueuse contre une hydrocéphalie aiguë.

Comme l'observation de notre collègue est résumée complètement dans mon rapport, je vous propose de la déposer dans nos archives et de lui adresser des remerciements pour le fait intéressant qu'il nous a communiqué, intéressant par la sûreté du diagnostic et la précocité de l'intervention rationnelle qui a été suivie de succès.

Communication.

M. Mally communique une série de recherches expérimentales sur les *amyotrophies réflexes chez le chien.* — Remis à l'examen d'une commission : M. Hartmann, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Louis Beurnier qui s'excuse de n'avoir pu arriver à temps à la dernière séance pour lire sa communication ;

3° Un télégramme de M. Peyrot qui s'excuse de n'avoir pu assister à la séance.

A propos de la correspondance.

M. Albarran dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Lafourcade (de Bayonne) :

1° Une brochure sur l'*hystérectomie abdominale* ;

2° Deux observations d'intervention pour *fracture comminutive du crâne* ;

3° Cinq cas de *pseudarthroses* guéries par l'intervention.

A l'occasion du procès-verbal.

Abcès temporal d'origine otique,

par M. BROCA.

Dans notre dernière séance, M. Schwartz nous a fait un rapport fort intéressant sur une observation d'abcès extra-dural opéré par M. Leguern. Je m'associe d'abord à lui pour féliciter

notre confrère d'un succès qui n'a pas été dû au hasard, mais à une connaissance très précise du diagnostic, des indications thérapeutiques et de la médecine opératoire.

A ce propos, permettez-moi de vous relater un fait d'abcès cérébral guéri après drainage par voie mastoïdienne. J'entends la vraie voie mastoïdienne, en *défonçant la voûte de l'antre et de l'aditus* (dans le cas actuel la caisse n'a pas été ouverte), puis en *ouvrant l'abcès de bas en haut* et non point en perforant l'écaille au-dessus de l'apophyse pour ouvrir l'abcès horizontalement de dehors en dedans, comme l'a conseillé Wheeler.

M. W..., âgé de quarante-huit ans, est de bonne santé habituelle; il nous signale seulement il y a deux ans une angine.

Surmené au commencement de 1899, il prend froid en mai, pendant un voyage à Paris, et reste alité pendant quelques jours, soigné pour une grippe. Il commence alors à souffrir de l'oreille droite, bientôt avec otorrhée; est soigné à Lille par des injections boriquées, et à partir du 13 juin s'installe à Paris, où il est soigné par le Dr Alfred Martin, dont voici la note :

« J'ai vu M. W... le 13 juin; il avait eu un mal de gorge un peu plus de quinze jours auparavant et en même temps de la surdité des deux côtés; un côté s'était rétabli tandis que de l'autre, sans douleurs, s'installait un écoulement peu abondant.

« La caisse semblait bien se vider; lorsqu'il se mouchait un peu fort, l'air sortait par l'ouverture de la membrane du tympan, et bien vite il ne restait plus de liquide dans la caisse; l'apophyse n'était ni gonflée, ni sensible.

« Mais il y avait un état vertigineux qui n'était pas en rapport avec l'état de l'oreille.

« Sous l'influence des pansements, l'état général semblait très modifié, lorsque le 21 M. W. fut repris à nouveau d'état vertigineux et de mal de tête, l'apophyse toujours absolument indemne. Cependant le 23 il était très bien, et le 25 au matin on le trouvait dans le coma.

« Dès le premier jour, j'avais fait un mauvais pronostic, sur l'énoncé duquel il avait eu une syncope. »

Le 23 juin, l'otorrhée, assez abondante jusque-là, disparaît presque complètement, mais la céphalalgie augmente.

Le 24 juin, malade somnolent le matin; la torpeur augmente dans la journée; M. W... se couche, refuse de se lever, et même de répondre aux questions.

Le 25 juin, la somnolence s'aggrave, la fièvre s'élève, et au milieu de la nuit mon ami A. Martin, que le Dr Spira avait mandé en toute hâte, est venu me chercher d'urgence. J'ai trouvé mon malade ne répondant à aucune question, poussant un grognement sourd avec ébauche de mouvement de défense quand j'appuyais sur la mastoïdite droite, au niveau de laquelle il n'y avait d'ailleurs aucun œdème; température 39°8, pouls 75, régulier et plein.

Le 26 juin, à 2 heures du matin, je trépanai l'apophyse, qu'au niveau de l'antre je trouvai épaisse et dure, avec quelques fongosités dans l'antre. De parti pris, je fis sauter la table interne en haut et en arrière, et là, au niveau du sinus, je trouvai un abcès gros comme une noisette, plein de fongosités et d'un peu de pus épais.

Cela me parut suffisant pour expliquer les symptômes et j'en restai là. Il en résulta une amélioration remarquable par sa rapidité. Quatre heures après, le malade parlait, répondait avec assez de précision aux questions. Il persistait seulement un peu d'obscurité intellectuelle. Le matin, à 8 heures, état général bon, température 36°6. Urines abondantes.

La journée fut bonne; un peu de somnolence à partir de midi.

Les jours suivants, rien à signaler. La température cependant monte le soir de 37°5 à 37°9, mais l'appétit est bon, le malade se lève et se plaint seulement de douleurs entre l'oreille et l'apophyse orbitaire externe, à droite.

Le 4 juillet, la famille recommence à s'inquiéter, parce que l'appétit diminue et que dans l'après-midi il y a un peu de somnolence, que je n'ai d'ailleurs jamais encore constatée en venant voir le malade le matin.

Le 5 juillet, il est difficile d'obtenir de M. W... qu'il se lève, il refuse la nourriture, a une démarche indécise, prononce à peine quelques mots. Le pouls est à 60, un peu irrégulier. Pour la première fois, mon interne, M. Barbarin, qui veillait le malade, constate quelques mouvements convulsifs dans les doigts de la main gauche. Ils commencent par les phalanges, puis prennent toute la main et se terminent par un tremblement du membre supérieur. Depuis le 1er juillet, la température a pour maximum 37°.

Le 6 et le 7, les phénomènes cérébraux augmentent, on note un peu de trouble dans la coordination des idées et surtout de la difficulté d'élocution. Les mouvements convulsifs des doigts sont observés, très fugaces, et il cessent le 7.

Le 8, à 8 heures du matin, l'état rappelle, mais moins grave, celui du 25 juin; le malade répond quelques mots quand on l'interroge fortement. Je conclus à l'existence d'une collection purulente intra-cranienne, et séance tenante j'opère, tout ayant été préparé la veille au soir.

Cette fois j'opérai en plein jour, et je commençai par évider complètement la pointe de l'apophyse, que je trouvai, sous une corticale épaisse, pleine de fongosités; je n'ouvris pas la caisse, puisqu'il s'agissait d'une otite aiguë. Je mis largement à nu la dure-mère en haut et en arrière et pendant ce temps de l'opération une esquille poussée par le ciseau alla déchirer le sinus, qui fut tamponné à la gaze stérilisée, Après quoi, je continuai à mettre à nu la dure-mère, sous laquelle il y avait quelques fongosités autour du foyer ouvert le premier jour.

La dure-mère étant mise à nu sous le lobe temporal sur une étendue d'environ 4 centimètres sur 3, je l'explorai de la vue et du toucher : elle ne bombait pas, ses battements étaient normaux, en sorte que, en

l'absence de tout signe spécial, je m'en tins là, bien décidé d'ailleurs à aller plus loin si les accidents continuaient.

La journée fut mauvaise, avec somnolence continuelle, avec de l'agitation des membres inférieurs, avec rétention d'urine exigeant, le soir, le cathétérisme; après quoi, à 9 heures du soir, miction spontanée et involontaire; température 36°7, pouls à 88. A 11 heures, la respiration, calme et régulière jusque-là, s'accélère, devient bruyante et bientôt revêt les caractères du Cheyne-Stokes, avec arrêts de 20 à 30 secondes. Vers 3 heures du matin, elle redevient régulière, mais un hoquet s'installe qui fatigue beaucoup le malade.

Le 9, j'étais absent de Paris, et les accidents s'atténuèrent plutôt un peu, de sorte que M. Barbarin ne jugea pas utile de me faire revenir par télégramme. Le pouls battit le matin 76, le soir 88.

Mais le lendemain, nouvelle et rapide aggravation, et lorsque j'arrivai, le 10 juillet à 4 heures, je trouvai un malade comateux, ne répondant à aucune excitation, avec une respiration tumultueuse et irrégulière.

Quoique le pouls fût à 84 et la température à 37°, je conclus que presque certainement un abcès cérébral existait. Je défis le pansement, et de la pulpe de l'index je palpai la région dénudée de la dure-mère. Partout je sentis des battements, mais ils me semblèrent moins forts que l'avant-veille, au moment de l'opération.

Là, j'incisai donc à la face inférieure du lobe temporal. Sous la dure-mère, je vis le cerveau très rouge et j'y enfonçai le bistouri de bas en haut. A une profondeur notable, au moins à 1 ou 2 centimètres, j'entrai dans une poche d'où sortit en abondance un pus séreux et filant d'abord, puis bien lié. Il y en avait au bas mot une cuillerée à bouche. Je mis pour terminer un gros drain, long de 5 centimètres.

J'avais opéré, naturellement, sans anesthésie, et le malade ne bougea point. Mais il donna quelques signes de connaissance, chercha à aller toucher la région sitôt que le drain fut en place. Et dès que le pansement fut terminé, il se retourna vers moi, prononça d'abord quelques mots incohérents, demanda où était son docteur, le Dr Carob ; quelques minutes après il m'avait remis à l'endroit, il demandait à voir ses enfants, se plaignait de douleurs au niveau de sa plaie. Bref, ce fut, en moins de cinq minutes, une résurrection remarquable.

A partir de ce moment, tous les symptômes disparurent; il ne fut plus question de douleurs temporales, de somnolences. L'appétit revint rapidement. Le 16 juillet, le malade se leva.

La suppuration diminua très vite ; le drain, peu à peu chassé, fut raccourci en plusieurs fois sans avoir jamais été retiré de la plaie. Au milieu d'août il tomba de lui-même, et au commencement de septembre, M. W... partit pour aller passer trois semaines en Alsace.

Actuellement il est tout à fait guéri et a repris depuis deux mois ses occupations.

Cette observation est, je crois, instructive pour mettre en relief quelques faits qu'il me suffira d'énumérer.

1° Il s'agit d'un abcès cérébral consécutif à une otite moyenne aiguë, ce qui est rare, les abcès ne compliquant d'ordinaire que les otites chroniques. Aussi n'ai-je pas ouvert la caisse du tympan;

2° Cet abcès a évolué d'une manière remarquablement insidieuse, sans fièvre une fois l'apophyse nettoyée, sans ralentissement du pouls qui après l'opération, a battu de 64 à 70 et qui après l'opération, une seule fois, est descendu à 60. Une fois l'abcès soupçonné, j'ai opéré en deux temps, et l'événement m'a donné raison.

Cela prouve une fois de plus que pour diagnostiquer un abcès cérébral il faut savoir se contenter de peu, savoir même se passer de la fièvre, de la céphalalgie, de l'absence des battements à la dure-mère. Il suffit quelquefois de constater la somnolence, et la difficulté de la parole avec un léger degré de paraphasie;

3° Chez notre malade, il y a eu quelques petites secousses convulsives des doigts : ce fut le seul trouble moteur. Les cas avec hémiplégie par abcès probablement rolandique, comme celui dont nous a récemment entretenus M. Kirmisson, sont tout à fait exceptionnels, et pour eux il faut évidemment se porter vers le lobe frontal.

Communication.

Sur la résection de la hanche en cas de coxalgie suppurée,

par M. CH. NÉLATON.

Bien que la résection de la hanche appliquée au traitement des coxalgies suppurées soit considérée comme une opération classique, je ne crois pas m'écarter de la vérité en disant que cette règle thérapeutique inscrite dans les livres, n'est pas généralement suivie par les chirurgiens.

Je crois pouvoir affirmer que la résection de la hanche, même dans les formes suppurées de la coxalgie, n'est pratiquée que par quelques-uns, en tête desquels je citerai M. Ollier qui l'emploie dans certains cas déterminés, M. Felizet, M. Ménard (de Berck), etc.

C'est en faveur de cette résection coxo-fémorale, que je veux parler aujourd'hui en vous présentant deux cas dont les résultats sont discutables.

Le premier est celui d'une femme, qui entra dans mon service le 20 août 1897. Elle avait alors vingt-six ans. Le début de sa maladie remontait à l'âge de vingt ans. Depuis six ans elle boi-

tait et éprouvait des douleurs intermittentes de la hanche.

Au mois d'août 1897, cette femme, ne pouvait marcher sans béquilles et elle éprouvait de violentes douleurs de la hanche la nuit comme le jour.

La malade fut soumise à l'extension continue, l'appareil fut placé et surveillé par M. Hennequin, des périodes d'améliorations considérables se produisirent, permettant la marche avec des béquilles. Mais les rechutes ne se faisaient pas attendre, et au bout de seize mois de ce traitement, notre malade ne pouvait poser le pied par terre sans être arrêtée immédiatement par des douleurs extrêmement vives.

Aussi, le 22 novembre, sur les instances de la malade, je me décidai à faire une résection de la hanche. Je fis cette opération le 22 novembre 1898. L'incision de Langenbeck me conduisit sur une tête que je trouvai déplacée dans une cavité cotyloïde considérablement élargie, bourrée de fongosités et de pus. Je réséquai la tête en conservant le col et avec la gouge tranchante, j'enlevai largement le cotyle infiltré de tuberculose. La perte de substance osseuse fut telle que la partie enlevée était large comme la paume de ma main et que je laissai le moignon du col fémoral au contact du périoste de la fosse iliaque interne; puis la synoviale fut soigneusement excisée dans toute son étendue, et la plaie fermée : un drain fut laissé à sa partie déclive.

Les suites de l'opération furent relativement simples, la température ne s'éleva jamais, mais pendant deux jours la malade eut des vomissements incessants que j'attribuai au chloroforme. Puis un suintement *séreux* abondant s'établit au niveau du drain et dura cinq mois. Aujourd'hui la malade marche mal et ne marche qu'avec une canne, mais elle est guérie, cette guérison a été rapide, et la femme a, je crois, une démarche meilleure que si elle eût guéri à la suite de l'élimination des sequestres remplissant le cotyle.

Le second malade est un garçon de quinze ans et demi, malade et soigné depuis deux ans déjà, par les appareils plâtrés et le séjour à Berck.

Il arriva dans mon service le 28 mai 1899, avec l'attitude caractéristique des coxalgiques, une douleur extrême rendant la marche et les mouvements communiqués impossibles et une température de 38°5.

Je diagnostiquai une tuberculose suppurée de la jointure et j'intervins aussitôt. Je trouvai la jointure pleine de pus et des lésions relativement superficielles de la tête fémorale et du cotyle. Avec la gouge coupante, je tournai pour ainsi dire, la tête fémorale jusqu'à ce que je l'eusse débarrassée de toute partie malade,

j'excavai de même le cotyle et j'enlevai minutieusement la totalité de la synoviale fongueuse.

Le jeune homme se leva au bout de trois mois. Mais, au niveau de la cicatrice, il resta jusqu'à ces derniers temps un trajet fistuleux qui livra passage à un écoulement séreux, d'abord très abondant puis de plus en plus faible.

Certes ces résultats ne sont pas parfaits, mais ils me paraissent bons et recommandables :

1° Parce que la coxalgie est actuellement guérie et que la guérison opératoire a été obtenue relativement vite (trois mois environ).

2° Parce que la marche de mes deux malades est au moins égale sinon infiniment meilleure que celle des malades guéris au bout de longues années de coxalgies suppurées par les méthodes non sanglantes.

Tout est relatif. On ne peut pas dire qu'une intervention qui demande trois mois au moins pour donner une guérison opératoire et environ six mois pour permettre au malade de marcher en boitant, soit une méthode bien rapide. On la trouvera telle, néanmoins, si on veut bien réfléchir au nombre d'années d'immobilisation dans des appareils ou sous l'extension, que cette même maladie aurait nécessité pour arriver à guérison.

La claudication des malades que je vous présente est réellement assez accentuée. Mais si vous vous rappelez l'étendue considérable de bassin que j'ai dû enlever à la malade que je vous présente pour faire disparaître la totatité de son mal, vous ne trouverez pas, je pense, le résultat mauvais. La légère claudication du jeune homme que voici, est due à l'ankylose de sa jointure. Or, l'ankylose de la hanche n'est-elle pas recherchée par les méthodes non sanglantes pendant de longues années, pour obtenir la guérison de la coxalgie suppurée? Nous avons rapidement obtenu le même résultat.

J'ai publié dans la *Revue d'orthopédie* les résultats d'ostéotomise de mobilisations de la tête fémorale ankylosée chez des sujets guéris depuis longtemps de coxalgies suppurées.

Dans quelles attitudes étaient ces malades! la cuisse était fléchie sur le bassin à angle presque droit. La tête luxée était remontée à plusieurs centimètres en arrière du cotyle, dans la fosse iliaque externe, et lorsqu'on mesurait le raccourcissement du membre, l'ensellure étant corrigée, il était souvent de 20, 25 et 35 centimètres.

Vous savez quelle est la démarche de ces malades. Et c'est en comparant ces derniers avec mes deux opérés, que je trouve bons les résultats de mes opérations.

Chez les deux opérés que je vous présente, je me suis évertué à faire une opération complète. En supprimant complètement l'articulation, en poursuivant minutieusement les fongosités, comme Lucas-Championnière nous a appris à le faire pour le genou, on obtient à peu près les mêmes résultats opératoires pour la hanche, c'est-à-dire une guérison rapide sans suppuration.

Je dis qu'on obtient à peu près les mêmes résultats. Car dans les deux cas que je vous soumets, la résection fut suivie d'un écoulement *séreux*, absolument séreux, assez abondant pour nécessiter un pansement toutes les quarante-huit heures, et laisser sur les pièces de pansement une tache large comme la paume de la main. Cet écoulement dura trois mois chez la femme et deux mois et demi chez le jeune homme.

La guérison opératoire se fait donc attendre quelque temps. Mais elle se fait *d'emblée aseptiquement*, sans suppuration ni fistule périphérique. On l'obtient comme pour le genou, en un mot, mais dans un laps de temps plus long. C'est, en somme là l'objet de ma communication, je désire montrer les résultats de résections faites à la hanche comme on les fait au genou, et je crois pouvoir dire que les résultats opératoires sont analogues.

Aussi, je pense que la question de l'intervention dans l'enfance étant réservée, on peut, comme pour les tumeurs blanches du genou de l'adulte et des adolescents, préconiser et au même titre, la résection de la hanche :

1° Parce que nous guérissons ces malades;

2° Parce que nous les guérissons plus rapidement et mieux que par aucun autre procédé.

Ces deux malades que j'ai présentés étaient atteint de coxalgies suppurées. Mais sans signes de suppuration, j'opérerais de même des coxalgies de l'adolescence et de l'âge adulte comme nous opérons les tumeurs blanches du genou.

Il me reste à parler de la gravité de l'opération qui ne peut pas être passée sous silence, car j'ai fait trois fois la résection de la hanche pour coxalgie et j'ai perdu une malade. C'était une jeune fille de treize ans, atteinte de coxalgie que j'opérai sur la demande de mon collègue Poirier.

L'opération fut longue, laborieuse, dura une heure et demie et l'enfant succomba au shock opératoire en seize heures.

M. Félizet. — M. Nélaton a raison : en dépit de l'abandon absolu de la résection de la hanche, il vient de vous dire que cette opération lui semble appelée à reprendre une place importante dans le traitement de la coxalgie.

Après tout ce qui a été écrit, dit et proclamé en faveur de la chirurgie « conservatrice », il a osé déclarer que les résultats de la résection franche sont plus rapides et sont meilleurs que ceux que procure le traitement actuellement en vogue. Et il a basé son opinion, non pas seulement sur les deux faits qu'il vient de vous présenter et que dans sa modestie il trouve médiocres, il l'a basée surtout sur le caractère absolument logique d'une intervention, dont l'objectif est de débarrasser la région de toutes les dégradations tuberculeuses, de la déblayer.

L'évidence est à ses yeux tellement claire, que son opinion n'est pas troublée par une statistique véritablement décourageante : un décès contre deux guérisons.

Voici plus de dix ans que je suis aux prises avec la coxo-tuberculose et je puis, aux arguments de sa raison, ajouter un renseignement susceptible de nous édifier sur la valeur de la chirurgie qui proscrit l'action radicale.

Sur quatre-vingts sujets atteints de coxalgie entre le quinzième mois de la vie et l'âge adulte, savez-vous combien on en trouve survivant à la vingtième année?

J'en ai trouvé neuf, vivants et assez bien portants.

Sur les soixante et onze décédés, vingt avaient succombé à l'épuisement, à l'extension des abcès, à l'érysipèle, et presque toujours la néphrite avait terminé la scène.

Elle avait précédé et compliqué, dans le reste des cas, la pneumonie tuberculeuse, l'entérite, etc.

Enfin, j'ai relevé quinze cas de méningite tuberculeuse avérée.

Je dois signaler aussi la production de maux de Pott, et de tumeurs blanches, développées concurremment sur le genou, et le cou de pied.

Tel est le bilan statistique du traitement dit conservateur de la coxalgie.

M. Nélaton vous a parlé de la coxalgie des adultes et il a cru devoir laisser de côté, avec une extrême réserve, la coxalgie des enfants.

Quoiqu'il s'agisse de lésions anatomo-pathologiques d'un caractère bien tranché, j'espère vous montrer que nous sommes d'accord.

Certes, chez l'adulte, la forme de l'ostéite est différente. Le mal a débuté généralement par la synoviale et c'est la tuberculose des éléments constitutifs de l'articulation qui a marché en première ligne.

Les lésions osseuses, je ne dis pas nulles, mais masquées et silencieuses, se sont accentuées plus tard, en même temps que les suppurations se déclaraient.

Les réactions de l'os, secondairement touché et envahi, ont été

telles qu'on pouvait l'attendre d'un tissu définitivement constitué. C'est alors qu'on a pu voir ces séquestres mobiles, dont la nécrose marque l'atteinte de l'infection tuberculeuse et dont la mobilité trahit le rôle défensif de la nature, visant la séparation du vif et du mort.

C'est dans ces cas, quand la mortification n'est pas très étendue, qu'il est possible de laisser à la résection un certain caractère relativement conservateur : l'enlèvement des séquestres, dans le plein jour d'une baie large et typiquement ouverte, le traitement par des topiques appropriés des portions atteintes, mais qui se défendaient encore et que l'on peut conserver, le sacrifice de tout ce qui est malade ou même douteux, de façon à laisser une surface nette, saine et préparée à la réparation, voilà comment la chirurgie peut venir en aide à la nature et la seconder dans ses efforts vers la guérison.

Chez l'enfant, entre la première et la douzième année, par exemple, rien de pareil.

J'ai, depuis dix ans, pratiqué plus de trois cents fois cette opération logique, bienfaisante et discréditée, et je puis vous dire ce que j'ai vu.

Les lésions articulaires sont tardives. Tandis que chez l'adulte elles marquent le début de la coxalgie, chez l'enfant elles appartiennent à un état déjà très avancé du mal; elles sont la suite, la continuation, l'expansion du mal, développé depuis plus ou moins longtemps dans le fémur et le cotyle.

J'ai vu, et je n'en peux pas compter les fois, le cartilage articulaire de la tête fémorale absolument continu, sans érosion ni fissure, capable de glisser sans frottement sur le cartilage de la cavité cotyloïde, également intact en apparence : pas d'épanchement articulaire, pas de fongosités.

Ailleurs, ce cartilage était ulcéré et la jointure était inondée de sérosité louche. C'est à ces lésions que répondait la période des douleurs violentes et de la fièvre.

Ailleurs, enfin, le cartilage était détruit, le tissu osseux de la tête était déformé ou usé; toute la région cotyle, capsule et tête fémorale, était remplacée par un clapier de fongosités, de débris caséeux et de pus.

J'ai pu faire, sur plus de trois cents résections, l'anatomie pathologique de la coxalgie. Il ne m'est pas arrivé de rencontrer deux fois des séquestres.

C'est qu'il ne s'agit pas, à l'âge où j'étudie la question, de cette forme où, à la suite de l'arthrite tuberculeuse, la compression des vaisseaux dans les canaux de Havers arrête la vie d'un district osseux et nécrose toute une zone.

Il s'agit de l'invasion diffuse d'un tissu osseux encore mal constitué, et cette invasion porte sur des choses qui ne peuvent pas, sous la forme d'un séquestre, laisser la trace d'une consistance qu'elles n'avaient pas eu le temps d'acquérir.

C'est ainsi que nous trouvons, que le cartilage articulaire soit encore intact ou qu'il ne le soit plus, le tissu aréolaire de la tête fémorale mou, grisâtre ou lie de vin. Ce foyer osseux est indépendant des noyaux d'ossification du col, du trochanter, de l'épiphyse fémorale, également ramollis et dégradés.

Ces parties ne se touchent pas entre elles, pas plus qu'elles ne sont en rapport avec le canal de l'épiphyse dont la moelle est grisâtre et diffluente.

Il n'y a pas là un centre de propagation primordiale : c'est l'apparition simultanée, partout où de l'os existe, de foyers tuberculeux indépendants les uns des autres.

Il m'est arrivé souvent de vider le canal médullaire et j'ai dû, par des trépanations en trou de flûte de la diaphyse fémorale, assurer des contre-ouvertures.

Fait à noter : les zones osseuses présentent une surface plus étendue que celle que l'âge du sujet exigerait qu'elles aient. Nous sommes manifestement, dans la coxalgie, en présence d'une ossification exagérée, précoce et malsaine.

Nous pouvons suivre ce travail, jusque dans le tissu du cartilage qui sépare les foyers osseux malades.

Nous le voyons, à l'œil nu, sillonné par des vaisseaux et autour de ces vaisseaux, on peut suivre, avec un grossissement convenable, la médullisation des chondro-plastes et même le commencement de la transformation des éléments médullaires en cellules osseuses, visibles, mais mal venues.

Ce sont là des détails bien longs, mais ils ont leur importance, au point de vue de la question soulevée par M. Nélaton.

Ils nous montrent quels dangers fait courir aux coxalgiques une chirurgie qui se borne à ouvrir les collections purulentes et à attaquer les parties accessibles du squelette malade.

Ce développement simultané des foyers, leur indépendance, le travail de tuberculisation au sein des cartilages ossifiés prématurément, travail, qui tend à les réunir et à les fondre ensemble plus ou moins vite en un clapier commun, tout cela comporte un enseignement essentiel pour la pratique.

La résection de la hanche, il faut le dire hautement, n'est une opération acceptable que si le chirurgien ne l'entreprend qu'avec le parti pris d'enlever tout ce qui est malade : tout sans exception, sans ménagement et sans réserve. Or, l'entreprise est plus aisément réalisable qu'elle ne le semble au premier abord.

On serait tenté de croire qu'une opération dont le résultat est l'enlèvement de toute la partie supérieure du fémur, l'évidement du cotyle et de la moelle, souvent la trépanation du bassin, que cette opération est une opération de haute gravité.

Je l'ai pratiquée dans les cas les plus mauvais, et sur plus de trois cents faits, je compte deux morts. J'ai opéré des enfants épuisés et mourants : la seule raison qui m'ait déterminé à m'abstenir a été l'albuminurie.

Nous avons assisté à de véritables résurrections et ce n'est pas tardivement, c'est en moins de deux ou trois jours, que le retour à la vie se produisait. Je puis vous parler d'enfants, devenus des hommes, opérés il y a dix ans et que je revois encore de temps en temps.

La première condition, pour qu'une opération de cette importance soit inoffensive, c'est qu'elle ne s'accompagne pas de *shock*. Or, M. Nélaton vient de nous apprendre que, dans le cas malheureux qu'il a essuyé, l'opération avait duré *une heure et demie*.

Une deuxième condition, c'est qu'il n'y ait pas de perte de sang.

Une troisième condition, c'est que l'opéré n'ait pas à subir l'épuisement d'une longue suppuration.

Une quatrième condition enfin, c'est que l'opéré soit tranquille et qu'il n'ait pas à subir la douleur et les angoisses des pansements et des lavages répétés.

Je vous demanderai la permission de vous décrire un jour la technique que j'ai adoptée.

Vous verrez comment il est possible de faire, en moins de vingt-cinq minutes, la résection de la hanche, la suture de la peau et le pansement compris.

Je vous dirai comment, dans une région aussi riche en vaisseaux artériels, l'action n'entraîne qu'une perte de sang insignifiante et comment je n'ai *pas une ligature à faire*, tout en me servant du bistouri, afin de pouvoir réunir par première intention,

Les détails de l'opération, conservation de l'insertion du psoas et des principaux muscles pelvi-trochantérieurs, ont pour la marche une importance considérable.

Mais ce que je dois vous dire ici, c'est comment j'arrive à enrayer la suppuration, de telle sorte que j'ai vu souvent des résections de la hanche guérir en deux pansements, le premier pansement n'ayant été fait que vingt jours après l'opération, la suppuration ayant été on peut dire nulle, puisque mes mèches de gaze iodoformée étaient demeurées au centre, sèches et jaunes.

C'est au *flambage* du foyer, c'est en traitant les surfaces avec le

pinceau d'une flamme de 1600 à 1800 degrés centigrades, que je n'hésite pas à attribuer cette suppression ou cette diminunution de la suppuration, qui rend les pansements répétés inutiles.

L'hôpital Tenon est si loin que nous sommes plus connus des étrangers que de nos collègues. Les bienfaits du flambage dans l'opération de la résection de la hanche méritent bien, je crois, que vous connaissiez à votre tour, un jour ou l'autre, à Paris, cette application des températures extrêmes à la chirurgie.

C'est quand on a enlevé tous les produits, os et parties molles, visiblement malades, que le chalumeau entre en action : les parois du foyer se sèchent et se rétractent, la cavité diminue sous vos yeux, de près de moitié, et c'est sur ce foyer aseptique et soigneusement tamponné que l'on fait la suture de la peau.

Vous verrez les marques de cette suture : la plupart sont aussi nettes que la suture d'une hernie opérée. Vous pourrez comprendre comment le travail de la réparation, qui s'est opéré audessous, a été louable et simple, sans à-coups et sans suppuration.

M. Beurnier communique les résultats d'une *injection intracérébrale de sérum antitétanique*. — M. Quénu, rapporteur.

Rapport.

Déformations chirurgicales consécutives à la paralysie infantile, par M. le Dr Delanglade, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.

Rapport par M. BROCA.

Le travail de M. Delanglade, sur lequel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, envisage un peu dans leur ensemble les déformations consécutives à la paralysie infantile.

Ces déformations, comme le dit l'auteur, sont quelquefois limitées et alors faciles à guérir : et tous nous avons connu des cas où une simple ténotomie a suffi à la cure. Si les lésions sont plus étendues, nous savons bien aujourd'hui que le pied bot paralytique ballant est justiciable de l'arthrodèse.

Mais M. Delanglade pense que cette opération ne donne que très rarement le résultat désiré, c'est-à-dire l'ankylose osseuse; ce qu'il explique par la vitalité insuffisante de ces membres, en

sorte que la prolifération osseuse aboutissant au cal est médiocre. En fait, nous dit-il, même quand cliniquement on admet l'ankylose, on constate par la radiographie qu'elle n'est pas complète.

Cet argument me paraît insuffisant : je crois me souvenir qu'un jour un de nos collègues nous a présenté ici comme non consolidée, en raison de la radiographie, une fracture humérale qui cependant permettait au membre des mouvements actifs énergiques. Les cas semblent, en effet, rester pendant longtemps perméables aux rayons X. Et d'ailleurs, dans l'espèce, le seul point qui nous intéresse est le résultat fonctionnel. Or nous savons qu'au pied, après arthrodèse, la fixation du pied à angle droit est presque toujours obtenue ; et pour ma part, dans de nombreuses opérations, avec résultat suivi à longue échéance, je n'ai jamais échoué, même dans les cas où, avec cal imparfait, j'ai obtenu une raideur suffisante. M. Delanglade nous dit qu'une fois, à la hanche, il a eu un résultat nul, et il l'oppose à la raideur si difficile à éviter après les opérations pour luxation congénitale. Je n'ai pas l'expérience de l'arthrodèse de la hanche, mais au pied je n'ai rien observé de semblable, quoique je m'en tienne au simple avivement à la curette, sans enchevillement et même sans suture osseuse.

Dans un cas, M. Delanglade a eu recours, avec un bon résultat, à l'enchevillement simple du pied : c'est-à-dire qu'il a fait pénétrer à frottement dur dans les deux malléoles et l'astragale forés deux tiges d'ivoire ; et après les avoir coupées à ras de l'os, il a réuni le périoste au-dessus d'elles. Il ne conseille cette opération que si l'âge de l'enfant et l'examen radiographique démontrent que le noyau osseux de l'astragale est trop petit pour être utilement adapté à la mortaise avivée.

M. Delanglade pense, d'ailleurs, que souvent on pourrait éviter l'arthrodèse si on appliquait la méthode, trop délaissée en France, des transplantations tendineuses ; et il nous dit avoir fait disparaître complètement un valgus paralytique bilatéral en anastomosant les deux tiers du tendon d'Achille sur le tendon du jambier antérieur paralysé. C'est là, bien évidemment, une méthode excellente quand elle est applicable, c'est-à-dire quand le déchet musculaire est limité, quand les déformations osseuses sont peu accentuées. Au reste, parfois on pourra combiner l'anastomose tendineuse à une opération destinée à corriger la déformation osseuse : et c'est ainsi que chez un jeune homme de quinze ans, atteint de talus énorme avec pied creux considérable, M. Delanglade fit dans une première séance la greffe des trois quarts du court péronier latéral sur le tendon d'Achille ; après avoir ainsi

remédié au talus et à une grande partie du valgus, il combattit la déformation métatarso-phalangienne par une résection cunéiforme de l'articulation de Lisfranc. De là une forte amélioration ; mais il persistait un degré notable de valgus, et après des examens électriques répétés, on finit par en trouver la cause dans une atrophie du jambier postérieur : la moitié du jambier antérieur vint lui servir de renfort, et après cette deuxième opération le redressement fut parfait.

Cela prouve combien il est utile d'explorer minutieusement tous les muscles, et même ceux des autres segments du membre, avant de savoir exactement que faire.

Je passe sur l'arthrodèse du genou, dont M. Delanglade a trois observations, et j'arrive à ces cas si désespérants où les lésions atrophiques ont frappé simultanément et sévèrement les deux membres inférieurs dans tous leurs segments. Alors, bien évidemment, les muscles malades sont nombreux, les indications opératoires sont complexes, bien difficiles, sinon impossibles à réaliser. De là des interventions multiples, successives, ne fût-ce que pour faciliter la prothèse.

Ainsi, à une jeune fille de onze ans, M. Delanglade a fait subir aux deux pieds la greffe du tendon d'Achille sur le jambier antérieur, l'arthrodèse du genou droit, le redressement modelant du genou gauche, la section des muscles couturier, tenseur du fascia lata, droit antérieur et partie antérieure du moyen et petit fessier à droite, enfin à gauche, l'ostéotomie sous-trochantérienne. Aujourd'hui, l'enfant marche très facilement avec deux béquilles, au besoin avec deux cannes, et jusque-là elle n'avait jamais pu poser le pied à terre.

L'auteur attire particulièrement notre attention sur l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui lui a permis un fort bon redressement, et qui ne paraît pas avoir jusqu'à présent été conseillée contre les déviations paralytiques. L'indication en restera certainement rare, mais c'est une ressource utile à connaître.

Je vous proposerai donc d'adresser nos remerciements à M. Delanglade pour nous avoir adressé son travail, et de ne pas oublier son nom quand vous aurez à choisir des membres correspondants.

Présentation d'instruments.

M. Tillaux. — J'ai l'honneur de présenter, de la part de M. Hovnanian, un instrument destiné à faciliter les opérations de *résection du scrotum.*

Présentations de malades.

M. Mauclaire présente un malade qui s'était tiré une balle de revolver dans la région temporale. Radiographie avec l'appareil de Contremoulins qui montre que la balle est dans le canal lacrymal. Extraction, guérison. Remis à l'examen d'une commission : M. Tuffier, rapporteur.

Présentation de pièces.

M. Mauclaire présente la radiographie d'une *luxation irréductible d'un os semi-lunaire.* — M. Berger, rapporteur.

2° Une véritable *chaussette cutanée, enlevée d'un pied par un laminoir.* — M. Berger, rapporteur.

3°. Un *dentier avalé la nuit, radiographie, œsophagotomie externe, extirpation, guérison.* — M. Hartmann, rapporteur.

Rein polykystique. Difficulté de diagnostic.

M. Tuffier. — J'ai l'honneur de vous présenter *un kyste abdominal*, médian, développé dans l'abdomen ; la femme avait cette tumeur depuis cinq ans. Je pensai à un kyste du mésocôlon, je fis la laparotomie. Je trouvai cette tumeur ronde, et j'arrivai sur le hile du rein, c'était une tumeur polykystique de cet organe, dont, d'après la forme, on n'aurait jamais pu diagnostiquer la nature ni l'origine ; — elle est guérie.

M. Bazy. — Cette communication soulève deux points : 1° la question du siège ; 2° l'unicité des tumeurs polykystiques du rein. J'ai présenté un cas où on ne pouvait faire le diagnostic que de tumeur rétro-péritonéale et non de tumeur du rein, car il n'y avait aucun signe de ce côté. J'opérai, le malade mourut, c'était un myxo-sarcome qui se reproduisit très vite dans le poumon et enleva le malade dans un bref délai. Quant à la bilatéralité des tumeurs polykystiques du rein, c'est une question que nous connaissons depuis longtemps, et qui est aujourd'hui classique, mais il y a des exceptions, telle l'observation que j'ai fournie à Arnould pour sa thèse ; il s'agissait d'une tumeur unilatérale, polykystique du rein que j'ai enlevée et le malade vivait encore six ans après.

M. Hartmann. — Il est certain qu'on peut voir quelques cas de guérison persistante à la suite de l'ablation d'un rein polykystique, de sorte que le pronostic classique est peut-être exagéré Quant au diagnostic des tumeurs abdominales, à siège mal déterminé, je crois qu'on peut souvent l'éclairer en plaçant le malade sur le plan incliné de Trendelenburg. Dans deux cas, j'ai pu déterminer ainsi la nature de deux tumeurs, dont je n'avais pu jusque-là faire le diagnostic. Dans un premier cas, la tumeur remonta dans l'hypocondre gauche, c'était une rate; une autre fois, la tumeur, qui était due à un rein déplacé, reprit sa place sous le foie.

M. Tuffier. — Au sujet de l'opportunité de l'intervention, j'ai eu aussi des succès. Une femme en particulier, à laquelle j'ai fait une héminéphrectomie. Néanmoins, quand on peut faire le diagnostic, je ne crois pas qu'il y ait avantage à intervenir, car le plus souvent, ces tumeurs sont bilatérales. Il ne faut pas oublier, en outre que ce sont des tumeurs à marche très lente. Quant au plan incliné, je m'en suis servi, mais quand de grosses tumeurs sont tombées dans l'abdomen. Il peut arriver que ces tumeurs restent irréductibles : c'était le cas de ma malade.

M. Albarran. — J'ai pu réunir quinze cas de tumeurs polykystiques extirpées. La plupart ont réussi, mais ce n'est pas une raison pour conseiller cette opération, car si le malade vit, son autre rein est certainement aussi malade. Ce qui explique pourquoi quelques-uns de ces opérés meurent très vite d'urémie.

M. Bazy. — Si on a fait le diagnostic de rein polykystique, on aurait tort peut-être d'en pratiquer l'extirpation, mais on ne fait trop souvent ce diagnostic qu'après l'opération, et alors qu'on croyait l'autre rein parfaitement sain.

M. Reynier. — J'ai eu l'occasion d'opérer un certain nombre de reins polykystiques, et je partage l'opinion de M. Albarran. J'en ai encore opéré un l'an dernier. Je crois que l'autre rein est toujours malade; aussi si j'ai opéré dans le cas auquel je viens de faire allusion, c'est que je ne savais pas que j'avais affaire à des reins polykystiques.

M. Tuffier. — Tout cela a été déjà dit depuis longtemps, et se trouve dans les divers traités de chirurgie.

Scrutin pour la nomination d'une Commission

pour l'examen des titres des candidats, à la place vacante de membre titulaire.

1er tour. — Votants : 28; majorité : 15.

MM.	ALBARRAN.	26 voix.	Élu.
	HENNEQUIN	15 —	—
	BERGER.	14 —	
	REYNIER	7 —	
	BERGER.	12 —	
	FÉLIZET	11 —	
	BROCA	1 —	

2e tour. — Votants : 29.

MM.	BERGER.	27 voix.	Élu.
	GUINARD	2 —	

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. Brault, médecin-major, professeur à l'école d'Alger ;

3° Deux mémoires pour le prix Ricord ;

4° Une lettre de M. Berger, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

De la conservation dans la tuberculose osseuse et articulaire de l'enfance,

par M. E. KIRMISSON.

Déjà, en 1897, une première discussion s'est élevée à la Société de Chirurgie sur cette question, à propos d'une communication de M. Ménard, sur le curettage intégral de la hanche.

Aujourd'hui, la question reparaît à propos d'une communication faite dans notre dernière séance, par notre collègue M. Nélaton, sur la résection de la hanche. Du reste, M. Nélaton a eu le soin de faire une distinction absolue entre les adultes et les enfants au point de vue de la résection.

Il ne s'est occupé que des adultes ; mais, à ce propos, M. Félizet a élevé la voix en faveur de la résection chez les enfants. C'est aussi de la coxalgie de l'enfance seule, que je parlerai dans cette communication, c'est-à-dire avant l'âge de quinze ans.

Depuis la discussion de 1897, mes opinions n'ont pas varié sur le sujet. Sans répéter ici tout ce que j'ai dit autrefois (1), je viens défendre la conservation contre les résections, comme je l'ai défendue précédemment contre le curettage intégral de M. Ménard.

Les arguments que je donne sont les suivants :

1° Les enfants qui n'ont pas les mêmes obligations sociales que

(1) Voyez *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1897, p. 394 et 494.

les adultes, peuvent consacrer un temps beaucoup plus long que ceux-ci au traitement;

2° Chez eux, il existe une puissance très grande de réparation des lésions tuberculeuses, même après la suppuration.

Les lésions osseuses les plus profondes et les plus étendues, peuvent se réparer: à preuve, les énormes déformations qui succèdent au mal de Pott.

Quant à la résorption spontanée des abcès, aussi bien dans le mal de Pott que dans la coxalgie, j'ai à peine besoin de la rappeler, tant le fait est connu;

3° Les dangers de la généralisation tuberculeuse sont moindres chez l'enfant que chez l'adulte; sans doute, nous avons toujours à compter avec la possibilité de méningites tuberculeuses, mais la tuberculose pulmonaire comme complication des lésions osseuses et articulaires est infiniment plus rare dans l'enfance qu'à l'âge adulte.

Nous possédons dans l'iodoforme le meilleur de tous les topiques que nous puissions opposer à la tnberculose, et la méthode des injections d'éther iodoformé, nous donne tous les jours d'excellents résultats, à la condition d'être bien employée. Il faut, pour cela, n'opérer ni trop tôt, ni trop tard. J'entends par là, que nous devons opérer avant toute altération de la peau, avant même que l'abcès ne soit devenu sous-cutané, quand il est encore sous-aponévrotique. D'autre part, nous devons attendre que l'abcès soit bien accessible, et nettement fluctuant, de façon à pouvoir l'évacuer en totalité à travers la canule du trocart.

Même après fistulisation, la conservation est encore possible, grâce au drainage, à la tunnellisation osseuse, à l'ignipuncture.

Le nouvel appareil de M. Guilmette, qui, grâce aux vapeurs de chlorure d'éthyle, projette dans les drains et dans la profondeur des trajets fistuleux une couche continue d'iodoforme, nous fournit encore un moyen intéressant de traitement conservateur dans la coxalgie fistuleuse. Cet appareil, expérimenté dans mon service par M. le D[r] Coudray, m'a paru donner des résultats intéressants aussi bien au point de vue de l'élimination de la matière tuberculeuse que pour la désinfection des plaies. Sans pouvoir me prononcer d'une manière définitive sur sa valeur, il me semble digne d'être pris en sérieuse considération.

La grande objection que l'on pourrait faire à la méthode conservatrice poussée à outrance serait d'exposer à des complications mortelles, soit par généralisation tuberculeuse, soit par septicémie.

Pour répondre à cette objection, je citerai la statistique de ces deux dernières années (1898 et 1899) dans mon service de l'hôpital Trousseau. A ma demande, l'un de mes internes, M. Joüon, a

relevé dans les observations toutes celles qui se rapportent au sujet et voici les chiffres qu'il a réunis :

Mal de Pott	33 cas.
Coxalgie	49
Arthrites du genou	26
Arthrites du pied	14
Scapulalgies	7
Tuberculose du coude	8
Tuberculose du poignet	1
Tuberculose des métacarpiens	4
Total	142 cas.

Sur ce nombre, il y a eu 7 morts; l'une chez un jeune enfant de deux ans atteint de mal de Pott cervical, l'autre chez un malade atteint d'arthrite tuberculeuse, repris par ses parents, avec des symptômes méningitiques. Les 5 autres morts concernent des cas de coxalgie, ce qui démontre une fois de plus la gravité spéciale de cette localisation de la tuberculose; 2 morts ont eu pour cause la septicémie chronique avec dégénérescence viscérale, un troisième malade est mort de méningite tuberculeuse; les deux derniers ont été repris par leurs parents avec des symptômes méningitiques, qui doivent nous faire supposer qu'ils ont succombé, ce qui donne une mortalité de 5 sur 49, soit 10 p. 100 environ, chiffre qui n'a rien d'exagéré, si l'on songe que, dans cette statistique sont comprises les formes les plus graves de la coxalgie suppurée.

Voyons maintenant ce qui a trait aux résultats de la résection :

Notre collègue M. Nélaton fait ressortir la gravité spéciale de la résection de la hanche. De ses trois opérés, il en a perdu un par shock opératoire dès les premières heures, les deux autres, qui ont guéri, ont présenté également des phénomènes de shock.

Il y a donc une gravité spéciale, inhérente aux opérations sur la hanche, gravité sur laquelle j'ai attiré l'attention dès mes premières opérations de réduction des luxations congénitales par la méthode sanglante. Elle tient, sans doute, à la profondeur de la plaie, à l'étendue des parties molles qu'il faut sectionner, à la présence de cavités anfractueuses dans lesquelles stagnent le sang et le liquide synovial.

Si nous consultons les statistiques les plus récentes, nous voyons que toutes parlent dans le même sens :

Dans sa communication au Congrès français de Chirurgie, en 1889, M. Eug. Bœckel, sur 33 résections de la hanche chez l'enfant, compte 8 morts, soit 1/4.

Revenant sur cette question au congrès de chirurgie de 1889, M. Jules Bœckel analyse 32 résections de la hanche, qui lui ont fourni 20 guérisons et 12 morts, dont 5 par shock.

Poore, dans le *New York med. Journal* de 1892, mentionne 66 résections chez l'enfant, qui lui ont donné 32 guérisons et 25 morts, soit 38 p. 100.

A plusieurs reprises, l'*American Orthopedic Association* s'est occupée de la question.

En 1894, Sherman nous donne sa statistique, qui porte sur 8 années, de 1886 à 1894, et qui comprend 64 résections de la hanche.

	32 malades ont été suivis,
	6 ont été perdus de vue,
	13 sont morts (dont 2 de shock).
	13 sont encore en traitement
Total. . .	64.

En 1897, nous trouvons les statistiques de Lorett et de Townsend.

Lovett a relevé, de 1878 à 1895 inclusivement, 50 résections de la hanche, faites à Children's Hospital de Boston.

Là-dessus, il y a eu 19 morts; 3 autres malades étaient dans un état si grave à la sortie qu'on doit les compter comme morts, ce qui fait une mortalité de 44 p. 100.

Townsend compte à l'Hospital for Ruptured and Crippled de New-York, de 1888 à 1896 inclusivement, 121 résections portant sur 119 malades (il y a eu 2 coxalgies doubles). 52 malades sont morts, dont 9 de shock, soit 43 p. 100.

En résumé donc, l'opération présente par elle-même une gravité certaine. A-t-elle du moins une valeur absolue au point de vue de la guérison? Sans doute, M. Nélaton pose en principe la nécessité d'enlever toute la synoviale; c'est la même idée que celle qui a présidé au curettage intégral des fongosités de M. Ménard. Mais il y a loin de la théorie à la pratique, et la preuve, c'est qu'on voit bon nombre de malades qui guérissent avec des fistules persistantes.

D'autre part, on dit : mieux vaut le raccourcissement qu'entraîne la résection avec une bonne attitude du membre, plutôt que la guérison dans une attitude vicieuse, à la suite du traitement conservateur.

Sans doute ; mais il ne faut pas oublier qu'après la résection, comme dans le traitement par les méthodes conservatrices, il faut compter avec la possibilité des attitudes vicieuses.

Je vous demande, à cet égard, la permission de vous signaler les résultats de dix résections anciennes que j'ai pu examiner à la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu, en 1898 et 1899.

Sur 10 résections, il y avait 3 fistules persistantes chez des malades opérés depuis 4, 9 et 10 ans ; l'un d'eux était albuminu-

rique, c'est-à-dire qu'il avait certainement des dégénérescences viscérales graves.

Quant au raccourcissement, il a été, suivant les cas, de 6, 7, 9, 10, 11, et jusqu'à 15 et 17 centimètres.

Quatre fois l'attitude du membre était défectueuse; les malades présentaient une flexion associée à une adduction plus ou moins considérable; en d'autres termes, ils avaient la déformation si fréquente à la suite de la coxalgie traitée par les méthodes conservatrices.

Sur 5 de nos 10 malades, il restait des mouvements étendus dans l'articulation. C'est là une circonstance qui semble, au premier abord, des plus favorables. En réalité, elle offre de graves inconvénients. Voici, par exemple, un fait qui le démontrera :

En octobre 1898, j'examinais pour la première fois une fillette de treize ans, qui, deux ans auparavant, avait subi une résection de la hanche droite, le membre était dans la rectitude, les mouvements étaient conservés, le raccourcissement mesurait 8 centimèmètres, il existait une fistule persistante.

En juillet 1899, je revoyais cette malade, et je notais chez elle de la tendance à la flexion, de la douleur et de la contracture. Enfin, tout dernièrement, en novembre 1899, un nouvel examen me démontrait une flexion et une adduction considérables; le raccourcissement, de 8 centimètres, est passé à 11 centimètres; la fistule persiste toujours.

La mobilité est donc un danger au point de vue de la possibilité des récidives. Elle est souvent mauvaise aussi au point de vue des fonctions du membre. Quand la mobilité est excessive, on a un membre ballant, la fonction est déplorable; la marche est impossible sans béquilles ou sans le secours d'un appareil.

En revanche, au contraire, nous voyons souvent des malades guéris avec une attitude des plus vicieuses, flexion et adduction considérables, mais avec une ankylose solide, chez lesquels la marche s'exécute avec la plus grande facilité.

S'agit-il de femmes, la difformité est masquée par les vêtements, et à les voir marcher dans la rue d'un pas rapide et sûr, avec une claudication imperceptible, on ne soupçonnerait pas la déformation considérable dont elles sont atteintes.

Les deux malades qui vous ont été présentés dans la dernière séance par M. Nélaton, sont une preuve évidente de ce que j'avance. La femme opérée par lui et guérie avec conservation des mouvements, ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne; elle ne peut faire un pas sans appui. Le garçon, au contraire, qui est guéri avec ankylose, marche avec facilité.

On comprend aisément ce résultat, si l'on réfléchit aux condi-

ţions de la marche dans l'ankylose de la hanche et dans la luxation congénitale comparées l'une à l'autre. La claudication est infiniment plus prononcée dans la luxation congénitale, où le bassin présente à chaque pas un véritable mouvement de plongeon, en l'absence d'une néarthrose solide. Les conditions sont les mêmes à la suite de la résection guérie avec conservation des mouvements. Au contraire, dans l'ankylose, même avec attitude très vicieuse, la marche s'exécute le plus souvent facilement. C'est là un nouvel exemple de cet axiome d'après lequel nous devons toujours. en orthopédie, soigneusement distinguer la forme et la fonction.

Je résume cette discussion en disant :

1° La résection de la hanche a, dans la coxalgie, une gravité incontestable ;

2° Elle ne guérit pas sûrement ; à preuve, l'existence de fistules persistantes ;

3° Elle est inférieure, au point de vue orthopédique, aux résultats que donne la méthode conservatrice ;

Messieurs, permettez-moi, en terminant, une dernière réflexion.

Sans doute, les opérations sanglantes, comme la résection, ont largement bénéficié de la méthode antiseptique.

Mais il ne faut pas oublier que la méthode conservatrice également a grandement profité de l'intervention de l'antisepsie : c'est grâce à elle que nous pouvons réussir à obtenir la guérison des abcès par les injections modificatrices, et éviter ainsi la transformation de la tuberculose fermée en tuberculose ouverte. C'est grâce à elle aussi que nous pouvons, dans la coxalgie fistuleuse, réussir à éviter par de bons pansements les complications septicémiques qui constituaient une véritable calamité dans la chirurgie ancienne ; ce n'est donc pas aux résultats déplorables de la conservation dans les temps anciens, mais bien à la conservation aidée de la méthode antiseptique qu'il convient de comparer les résections.

Rapport.

Deux cas de consolidation imparfaite de fractures, traités et guéris par l'emploi de la thyroïdine, par M. le Dr Tronchet (de la Rochelle),

Rapport par M. E. POTHERAT.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler par quel enchaînement de faits et d'idées, la médication thyroïdienne, préconisée dans divers états médicaux, est entrée dans la thérapeutique chirurgicale.

Les recherches cliniques de Mossé, de Schmidt, de Kassowitz, de Thibierge, d'Hertoghe (d'Anvers), etc., ont montré que dans le crétinisme endémique ou sporadique, dans certains cas d'infantilisme ou de nanisme purs, l'arrêt de développement du squelette ou ses altérations marchent de pair avec une absence ou un arrêt de développement du corps thyroïde.

D'autre part, les expérimentations de Moussu, Hanau, Eiselsberg, Hofmeister ont montré que, chez les animaux auxquels on a enlevé la thyroïde, la croissance et l'ossification s'arrêtent. Ces résultats trouvent encore une confirmation dans le fait signalé par M. Lancereaux, d'un enfant privé à onze ans de son corps thyroïde, et dont la taille n'avait subi aucun accroissement quatre ans après.

Enfin, le contrôle expérimental de ces données de la clinique ou de l'expérimentation elle-même a été fait par différents auteurs (Bourneville, Springer et Serbanesco, et surtout Hertoghe). Ce contrôle a consisté dans l'administration de substance thyroïdienne, à des idiots myxœdémateux, à des sujets que nous pourrions appeler des *hypothyroïdiens*. Sous l'influence de l'ingestion de corps thyroïde de mouton, ces sujets ont subi un accroissement de leur taille, un développement accentué de leur squelette, analogues à ce qu'on observe chez certains basedowiens, que dans notre conception, nous pourrions appeler des *hyperthyroïdiens*.

De tous ces faits, et d'autres de même ordre, qu'il est inutile de rappeler ici, une conclusion semble découler nettement, c'est que la glande thyroïde a une action trophique sur le système osseux, et que l'ingestion de substance thyroïdienne, en produisant une hyperthyroïdisation, active les processus de formation osseuse; d'où l'indication de cette ingestion dans toutes les circonstances où il devient nécessaire d'activer ces processus, et en particulier dans les absences ou retards de consolidation des fractures.

C'est de ces notions, d'une part, et, d'autre part, des quelques applications thérapeutiques qu'elles avaient déjà suscitées et dont je ferai mention plus loin, que s'est inspiré le Dr Tronchet (de La Rochelle), chez les deux malades qu'il a eu à traiter et dont je vais maintenant vous faire l'exposé rapide.

Dans le premier de ces cas, il s'agit d'un homme de cinquante ans; cet homme fait une chute violente dans un escalier qu'il descendait avec un lourd fardeau. Il tombe à la renverse; le fardeau, une table, atteint sa jambe gauche, et la fracture à trois travers de doigt de la mortaise tibio-tarsienne. La fracture est comminutive; elle donne à l'exploration la sensation d'un sac de noix; le fragment inférieur fait une forte saillie en avant. Cepen-

dant, sous le chloroforme, la réduction complète peut être obtenue; elle est maintenue à l'aide d'un appareil plâtré.

Cet appareil est supprimé au bout de quinze jours, et le massage institué; mais la déformation réapparaît; au bout de six à sept jours, le massage est supprimé à son tour, et l'immobilisation rétablie. Au 31e jour, le massage est repris et continué pendant dix jours encore. Mais, de nouveau, le fragment inférieur fait saillie, et le massage cesse pour reprendre vers le 50e jour; il est régulièrement continué. Tout gonflement a disparu, la jambe est devenue d'aspect normal; mais au 80e jour, il persiste encore de la mobilité au niveau du foyer de la fracture, et cependant, cet homme ne présente aucune tare héréditaire ou personnelle, et ses urines, examinées à plusieurs reprises, sont normales.

Outre le massage, M. le Dr Tronchet avait vainement employé le phosphate de chaux à hautes doses, les frictions excitantes, voire même l'irritation du foyer (il ne dit pas par quel procédé.)

C'est sur ces entrefaites que M. le Dr Tronchet, ayant lu une communication sur l'emploi de la thyroïdine dans les consolidations osseuses, pensa que c'était l'occasion d'en essayer l'emploi. Il fit prendre à son malade chaque jour cinq, puis six tablettes de 10 centigrammes de thyroïdine.

Sous l'influence de ce traitement, « la pseudarthrose disparaît à vue d'œil », et au bout de quinze jours la consolidation était complète, solide. La médication fut alors cessée, et la guérison s'est maintenue; elle est parfaite, car il ne persiste aucune déformation.

Voilà le premier fait. Dans le second cas, il s'agit encore d'un homme; il a cinquante-six ans; lui aussi a fait une chute dans un escalier; il est tombé dans l'escalier de sa cave, et s'est fracturé la 10e côte du côté gauche, en un point qui n'est pas indiqué dans l'observation.

La fracture se décèle par une douleur localisée et de la crépitation à la palpation ou dans les efforts de toux. Le traitement a consisté en : application de sangsues, puis bandage de corps et » demi-cuirasse de diachylon ». Cette cuirasse fut renouvelée à plusieurs reprises, le repos conseillé au malade, du glycérophosphate prescrit. Néanmoins, au 35e jour, il persistait encore du frottement entre les 2 fragments ; donc la consolidation ne s'était pas effectuée. Ici encore, l'examen des urines donnait un résultat normal; le passé du sujet n'offrait rien de spécial au point de vue pathologique; toutefois, cet homme était un éthylique avéré.

La médication thyroïdienne fut instituée à partir du 35e jour, à la dose de cinq à six tablettes de 10 centigrammes chaque jour.

Rapidement la mobilité anormale disparut, et au bout de dix jours la consolidation semblait effectuée.

Mais le 11e jour, le malade était pris d'aphasie, avec diminution de la sensibilité et de la motilité de tout le côté droit. La médication fut supprimée. Que devinrent les accidents cérébraux? le Dr Tronchet ne le dit point; il se demande toutefois si ces accidents sont dus à la médication ou s'ils sont le fait de l'alcoolisme. Il fait remarquer que l'alcoolisme provoque fréquemment l'hémorragie cérébrale, et pour lui, c'est l'intoxication éthylique seule qu'il faut incriminer ici. Je ne serai pas aussi affirmatif que notre confrère, mais c'est là un point sur lequel je reviendrai un peu plus loin.

Telles sont les observations de M. Tronchet. Je ferai remarquer que ce n'est pas la première fois que la Société de chirurgie entend parler de la médication thyroïdienne dans le traitement des retards de consolidation de fractures. MM. Reclus, Quénu ont déjà, l'année dernière, signalé des faits dans lesquels ils ont eu recours à cette médication, qui semble avoir été suivie d'une action efficace dans les cas de ces deux collègues.

M. Quénu avait vu la consolidation d'une pseudarthrose du fémur datant de trois mois se faire en cinq jours, et M. Reclus déclare que, dans un cas, l'effet de la médication fut foudroyant d'efficacité. Ayant employé cette même médication dans un cal exubérant, il obtint rapidement un excellent résultat. Dans d'autres cas de retard de consolidation, cependant, M. Reclus déclare que l'emploi de la thyroïdine fut négatif, et entre ces résultats contradictoires, il reste, et cela se conçoit, très perplexe.

Deux autres de nos collègues, MM. Poirier et Gérard Marchant, ont eu, je crois, recours aussi à la thyroïdine; mais entre leurs mains cette substance s'est montrée inefficace.

Avant ces chirurgiens, un des premiers, et peut-être le premier, le Dr Gaultier (de Charolles) avait essayé l'emploi de la thyroïdine contre les retards de consolidation des fractures, et déclarait en avoir obtenu, dans deux cas de sa pratique, d'excellents résultats. Une jeune fille de quinze ans avait été atteinte de fracture de la jambe. Au bout de 110 jours, il n'y avait aucune consolidation malgré appareil plâtré, phosphate de chaux, frottement des fragments et deux vésicatoires! Or, au bout de quinze jours de médication thyroïdienne, la consolidation était parfaite. Un autre malade, dont la fracture, siégeant au radius, n'était pas consolidée au bout de trois mois, avait vu la consolidation se faire en vingt jours de traitement thyroïdien (*Lyon médical*, 1897).

Voilà deux faits qui, rapprochés de ceux de MM. Quénu et Reclus,

et ajoutés à ceux du Dr Tronchet, paraissent bien concluants.

Il y en a d'autres. Le *Scalpel* (octobre 1899) rapporte deux cas, l'un de pseudarthrose du fémur, guérie en un mois, l'autre de fracture de l'humérus, non consolidée au bout de deux mois. Tous deux se sont rapidement consolidés à la suite de la médication thyroïdienne.

Tout récemment encore, dans la *Gazetta medica di Torino* (1899, n° 24, p. 461), le Dr Ferria publie deux observations analogues. L'un de ces cas a trait à un homme atteint de fracture du radius. Il se fait un cal difforme fixant l'avant-bras en pronation. On fait la résection sous-périostée du cal; trois mois après, la mobilité persiste, considérable; un mois de thyroïdine, et voilà une consolidation effectuée.

Le deuxième cas est plus extraordinaire : il s'agit d'une fracture de jambe au tiers inférieur; la fracture est comminutive, avec plaie; des accidents septiques obligent le chirurgien à intervenir; il résèque 8 centimètres d'os, qu'il remplace par un fragment d'humérus longuement bouilli. Or, au bout de trois mois de cette interposition, aucun travail d'ossification ne s'est fait. Mais des tablettes de thyroïdine sont prescrites. Six semaines plus tard, il y a une couche d'os déjà d'une certaine épaisseur, le fragment interposé peut être enlevé et, quelques mois plus tard, la consolidation était parfaite. Folet (de Lille) a voulu même essayer la médication dans une *fracture récente* du tibia; or, le malade, au bout de dix-sept jours, marchait sur une jambe solide.

Tels sont les faits que des recherches, forcément un peu restreintes, m'ont permis de réunir. Sont-ils suffisants pour entraîner la conviction sur la valeur de la médication thyroïdienne dans le traitement des retards de consolidation des fractures? C'est à vous d'en juger. Personnellement, en présence de résultats si brillants, si rapides, qu'on est tenté de les trouver trop beaux, d'une part, et d'insuccès complets dans des cas semblant aussi favorables à la réussite, d'autre part, je reste encore un peu perplexe. Toutefois, il me semble que les faits que j'ai rapportés, quoiqu'ils n'aient pas tous une égale valeur, sont de nature à nous encourager dans l'essai de la médication thyroïdienne, dans les cas surtout où il s'agit d'un retard de consolidation, beaucoup plus que dans les pseudarthroses proprement dites, vraies et confirmées.

Mais dans l'emploi de cette thérapeutique par la thyroïdine, il est un fait qu'il ne faut pas oublier. MM. François-Franck, Potain Lancereaux, à l'Académie de médecine, ont montré que le maniement de la médication thyroïdienne est difficile et dangereux; le suc thyroïdien, aussi bien que les différentes préparations connues sous le nom d'extraits thyroïdiens, est un véritable poison, voire même

un poison très énergique; il peut déterminer des troubles digestifs, des troubles circulatoires, de l'impotence motrice, de la somnolence, du coma, de la paralysie, des convulsions et même la mort. Ce sont des constatations que les médecins, plus habitués à cette médication que les chirurgiens, ont faites cliniquement et expérimentalement.

Chez l'une de ses malades, le Dr Gaulthier (de Charolles) observa, pendant les premiers jours au moins, de la céphalée, des rougeurs de la face, des vertiges, des étouffements; en somme, à un degré atténué, les accidents signalés par les médecins.

C'est pour cela que plus haut et, à propos de la deuxième observation du Dr Tronchet, je faisais des réserves sur l'interprétation donnée par notre confrère aux accidents que présenta son malade.

Ce malade, vous vous le rappelez, fut, au bout de dix jours de traitement thyroïdien, administré, d'ailleurs, à la dose maxima de 60 centigrammes par jour, ce qui est une dose modérée, frappé d'aphasie avec diminution de la sensibilité et de la mobilité du côté droit du corps. M. Tronchet pense qu'il s'agit là, chez cet homme alcoolique, d'accidents d'hémorragie cérébrale. C'est une interprétation qui cadre peu avec les faits cliniques; cette forme atténuée de la paralysie hémiplégique droite avec une aphasie complète serait bien anormale. Je crois bien plutôt qu'il s'agit d'accidents d'intoxication thyroïdienne. C'est là une opinion toute personnelle pour l'interprétation d'un fait et qui ne comporte aucune critique contre la conduite du Dr Tronchet, laquelle ne peut, en aucune manière, être incriminée. Toutefois devrons-nous, lorsque nous aurons recours à cette médication, suivre le conseil de M. Lancereaux : commencer par des doses peu élevées, variant de 25 à 50 centigrammes par jour, surveiller très attentivement le pouls et diminuer ou cesser l'emploi dès que nous constaterons une accélération du pouls atteignant et surtout dépassant 110 pulsations.

Sous ces réserves, les faits que j'ai rapportés plus haut, et auxquels les deux observations de M. Tronchet (de La Rochelle), apportent un appui intéressant et sérieux, nous autorisent à avoir recours à la thérapeutique thyroïdienne en présence de fractures non consolidées ou tardant à se consolider.

Comme conclusions, je vous propose d'adresser au Dr Tronchet nos remerciements, de déposer son travail dans nos archives et d'inscrire ce confrère dans un rang très honorable parmi les candidats au titre de membre correspondant national.

Pancréatite suppurée; laparotomie. Guérison avec une fistule pancréatique, par M. J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. le Dr AIMÉ GUINARD.

M. Faure nous a présenté une observation qu'il est important de vous signaler et de consigner dans nos Bulletins. Elle a trait à une pancréatite suppurée, et je ne regrette qu'une chose, c'est que M. Faure ne l'ait pas fait suivre des réflexions qu'elle a dû lui suggérer et des conclusions qu'elle comporte. Telle qu'elle est, cette observation est un document de premier ordre dans la question et je suis heureux de cette occasion pour attirer de nouveau l'attention de la Société de chirurgie sur la pancréatite suppurée.

Dans la séance du 6 avril 1898, il y a plus de dix-huit mois, j'ai fait à cette tribune une communication sur ce même sujet et je disais que lorsque l'attention des chirurgiens serait appelée sur la chirurgie du pancréas, nous assisterions en petit, pour cette glande, à ce qui s'est passé naguère pour l'appendicite : « les faits de pancréatite suppurée vont se multiplier rapidement, disais-je; il suffira, suivant l'expression de Körte, de se rappeler que les malades ont un pancréas ». Eh bien, je dois reconnaître que ma prévision ne s'est pas réalisée. L'observation de M. Faure est la seule, depuis la mienne, qui ait été présentée à notre Société. Je reste pourtant convaincu qu'un certain nombre de pancréatites suppurées sont demeurées cachées et n'ont pas été diagnostiquées. A ce point de vue surtout, il est bon de rapporter le fait de M. Faure dans tous ses détails. Je répète que, malheureusement, les détails qu'il nous donne sont un peu sommaires et que le côté clinique est bien moins développé que la partie opératoire. Au point où en est la question, j'eusse préféré le contraire.

Il s'agit d'une malade de vingt-deux ans entrée à l'hôpital Laënnec, le 10 février 1899. Elle a un peu de fièvre, une douleur, violente dans la région épigastrique et elle est très abattue. Le ventre est sensible, légèrement ballonné. Elle est mise en observation pendant quelques jours. Les 16, 17, 18 février, la fièvre augmente et atteint 38°9. Le 19 au matin, l'état s'est aggravé, les douleurs sont très violentes, la malade vomit, le ventre est ballonné, le pouls rapide et petit : bref, la malade présente des phénomènes évidents d'une infection péritonéale sérieuse. M. Faure décide une intervention immédiate.

L'opération est faite le 19 février.

Tels sont les seuls renseignements cliniques que nous donne M. Faure.

L'anesthésie se fait à l'éther. Incision médiane au niveau de

l'épigastre. Après quelques recherches, M. Faure reconnaît que la face inférieure du foie adhère à la face antérieure de l'estomac : il soulève le bord du foie, déchire quelques adhérences et tombe aussitôt sur une vaste poche contenant un pus assez fluide, brunâtre, dans lequel nagent des débris sphacélés. Il évalue à la valeur d'un grand verre la quantité de pus qui s'écoule de cette poche située derrière l'estomac. Il a fallu traverser l'épiploon gastro-hépatique pour l'atteindre : elle remplit, dit M. Faure, l'arrière-cavité des épiploons et au fond, formant sa paroi postérieure est un organe transversalement placé, grisâtre, diffluent, sphacélé par places, et qui ne peut être que le pancréas. Un gros drain entouré de gaze stérilisée est placé dans la poche et la plaie abdominale est suturée sur une grande partie de son étendue. Au bout de quinze jours, le drain est enlevé sans qu'il y ait eu le moindre incident. Mais à la place du drain reste une fistule par où s'écoule en abondance un liquide clair et incolore. M. Gley a recueilli ce liquide et a reconnu formellement que c'est du suc pancréatique. Trois mois après l'opération, l'écoulement de ce suc pancréatique était moins abondant, mais persistait néanmoins.

L'examen des urines n'est malheureusement pas mentionné, non plus que l'état du système adipeux, des fonctions intestinales, etc. Il ne faut donc retenir de cette observation que le fait d'une fistule pancréatique consécutive à l'opération : et cette fistule est la signature du diagnostic de pancréatite suppurée qui est ici indiscutable. Dans l'observation personnelle que j'ai présentée ici, je n'avais pas eu ce contrôle pour faire mon diagnostic; et dans l'examen que M. Malassez avait fait des débris sphacélés que je lui avais remis, il avait été impossible d'affirmer qu'il s'agissait de tissu pancréatique. Aussi M. Tuffier n'avait pas manqué de me dire que rien ne prouvait que l'abcès en question fût d'origine pancréatique. Ici, la preuve est absolue, puisque le suc pancréatique s'écoule au dehors, et je remarque qu'au cours de son opération, M. Faure a vu dans le pus nager des débris sphacélés qui malheureusement n'ont pas été examinés au microscope. Mais si j'en juge par les observations de Körte, de Fitz, de Walsh, etc... (et pour les détails, je renvoie à l'excellente thèse de mon élève le docteur Page), il est à peu près certain que l'examen de ces débris sphacélés n'eut pas décelé la présence du tissu pancréatique. Il faut savoir que *dans le pancréas sphacélé, on ne trouve habituellement, pas trace de tissu pancréatique*. Donc, quand l'examen est positif, la conclusion s'impose, mais quand il est négatif, cela n'implique pas qu'il ne s'agit pas de gangrène du pancréas. Walsh et Körte ont même fait cet examen sans résultat positif sur un pancréas sphacélé qui avait conservé sa forme macroscopique.

Au point de vue clinique, l'observation de M. Faure ne diffère pas de la plupart des faits publiés. On y trouve la douleur et les vomissements qui avec la constipation constituent une triade symptomatique presque constante. Ici, ces phénomèmes se sont accentués considérablement en huit jours : il n'y a pas eu cette atténuation qu'on observe souvent dans tous les signes généraux, comme cela s'est passé pour ma malade. Cela montre simplement que, de même que pour l'appendicite, il y a des formes suraiguës, des formes aiguës et des formes chroniques. Entre le fait de Kennan où la mort survint en quarante-deux heures, celui de Franck et celui de Hovenden et de Rolleston, où tout se passa en deux et en trois jours, et le mien où les accidents se sont prolongés près de trois mois avant l'intervention (1), il y a place pour une forme aiguë comme celle observée par M. Faure et une forme subaiguë. Il faut savoir seulement que la forme chronique amène du côté de l'état général un amaigrissement et une déchéance organique considérables et l'affection devient alors absolument latente, d'autant mieux que l'examen local par la palpation est presque toujours complètement négatif.

Reste le côté opératoire. M. Faure, par sa laparotomie médiane, a suivi la voie accoutumée. Cependant les incisions les plus variées ont été faites. Rosembach a débridé transversalement pour se donner du jour et Walsh a incisé sur le rebord costal gauche. Körte a incisé une fois à plein sur le gâteau, à gauche de la ligne blanche. Voilà pour la voie antérieure. Dans trois cas, Körte a suivi la voie lombaire, mais comme je l'ai déjà dit, cette voie, qui a l'avantage d'être extra-péritonéale, ne saurait répondre qu'aux cas où la collection péripancréatique vient faire saillie dans le flanc gauche, ce qui est l'exception. Reste enfin la voie transpleuro-péritonéale qui m'a donné un si beau succès. La malade opérée depuis vingt et un mois est dans un état de santé absolument florissant. Cette voie ne doit être probablement qu'une voie d'exception comme la voie lombaire de Körte. Je ne sache pas d'ailleurs qu'elle ait été utilisée par d'autres que par moi. Il n'en est pas moins vrai que si par une ponction exploratrice faite par un des derniers espaces intercostaux gauches on a ramené du pus, je crois qu'on fera bien de suivre avec le bistouri le trajet du trocart en enlevant un fragment costal pour se donner du jour et en obturant soigneusement la cavité pleurale s'il n'existe pas des adhérences suffisantes.

En résumé, quand l'attention est appelée sur le pancréas, on

(1) Voir les détails de l'observation dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*, de 1898, p. 301 et suiv.

peut faire le diagnostic. Cutler, Elliot, Körte l'ont fait : moi-même j'ai fait ce diagnostic ferme, avant d'opérer. Il faut donc remercier M. Faure de son intéressante observation. Sa malade a gardé une fistule pancréatique, mais j'ai lu une observation de Körte dans laquelle au bout de deux mois une fistule laissait sourdre un liquide alcalin qui érodait les bords de la plaie et émulsionnait les graisses : la fistule se ferma au bout de six mois; mais deux ans après la malade devenait diabétique. On peut donc espérer que cette fistule se fermera spontanément.

Je vous propose, Messieurs, comme conclusion d'adresser nos remerciements à M. Faure, en espérant que nous pourrons bientôt lui faire une place parmi nous.

Présentations de malades.

Résection de la hanche.

M. Schwartz présente un malade opéré, depuis dix-huit mois, de *résection de la hanche pour luxation pathologique.*

M. Kirmisson. — Je demande la permission de faire remarquer que ce malade est la confirmation de ce que j'ai dit; dès qu'il n'a n'a pas de canne, il marche misérablement.

M. Schwartz. — Il y a une façon de fixer le fémur à l'aide d'une ceinture pelvienne. On remédie ainsi à la claudication dans une très large mesure; j'ai ainsi un malade de vingt-cinq ans qui marche très bien grâce à cet appareil.

Pied plat valgus.

M. Kirmisson présente un jeune homme de vingt ans, auquel il a pratiqué en octobre et novembre 1896, il y a trois ans, par conséquent, une double opération d'Ogston pour un *pied plat valgus douloureux* extrêmement prononcé. Il est intéressant de noter que la radiographie montre encore en place la cheville d'ivoire qui a servi à la soudure osseuse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Au double point de vue de la forme et des fonctions, le résultat obtenu est des plus satisfaisants. Le pied est dans ses rapports normaux avec la jambe; la voûte plantaire est parfaitement reconstituée; le malade marche très aisément.

Anesthésie par la cocaïne.

M. Tuffier présente une malade à laquelle il a pratiqué l'*hystérectomie vaginale par morcellement, après injection d'un centi-*

gramme de cocaïne au niveau de la queue de cheval. Il a répété pareille opération ce matin avec analgésie complète. Cette analgésie ne porte pas seulement sur les membres inférieurs, mais remonte au périnée, à la vessie, au canal de l'urètre, à l'anus et à la partie inférieure du rectum.

Grossesse extra-utérine.

M. AUVRAY présente trois malades opérées de *grossesse extra-utérine rompue* avec inondation péritonéale. — Remis à l'examen d'une commission : M. ROUTIER, rapporteur.

Présentation de pièces.

M. MICHAUX présente une pièce de *grossesse extra-utérine*, opérée ce matin. Le petit fœtus est au milieu des membranes ; c'est un cas assez semblable à celui de M. Auvray.

La malade avait présenté à un moment donné des signes de péritonite ; puis tout cela s'était calmé ; le ventre était devenu souple. La malade avait eu déjà une grossesse extra-utérine du côté opposé, opérée antérieurement par lui.

Votes

COMMISSION POUR L'ÉLECTION DES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM. QUÉNU	24 voix.
GUINARD.	26 —
ROCHARD	25 —

COMMISSION POUR L'ÉLECTION DES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. DELBET	21 voix.
FÉLIZET	25 —
LEJARS	24 —

COMMISSION POUR L'ÉLECTION DES CORRESPONDANTS NATIONAUX

MM. BROCA	20 voix.
NÉLATON	25 —
DELORME	14 —

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

M. Schwartz présente, de la part de M. Imbert, professeur, à Montpellier, un cas de *péritonite enkystée par rupture de la vésicule biliaire*. — M. Schwartz, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Abcès temporal d'origine otique.

M. Picqué. — J'ai beaucoup regretté de ne pas m'être trouvé à la séance du 22 novembre, dans laquelle M. Broca a pris la parole au sujet de la communication de M. Schwartz.

Je tiens à répéter ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire au sujet du procédé de Wheeler, qui est, bien qu'en pense M. Broca, un procédé mastoïdien.

Le procédé de cet auteur est reproduit généralement d'une façon erronée, mais il serait regrettable qu'il restât méconnu à la Société de chirurgie.

J'ai dû recourir au texte même de Wheeler, dont le mémoire ne se trouve pas à Paris, et que j'ai dû demander à Londres.

Il dit exactement (2e observation, p. 9) :

« Je plaçai la partie inférieure de la couronne au niveau du méat auditif externe : *j'ouvris alors les cellules mastoïdiennes* et la cavité tympanique, et je mis à nu les enveloppes du cerveau. »

C'est un procédé qui diffère, je le reconnais, du procédé indiqué par M. Broca : mais ce n'en est pas moins un *vrai procédé mastoïdien*, et c'est celui que j'avais préconisé dans mon mémoire de 1892 avec le Dr Février, de Nancy.

M. Broca. — A mon sens, il résulte du texte même de M. Picqué — texte qui correspond à ce que j'ai lu moi-même dans l'original — que Wheeler ouvre le crâne au-dessus du méat, donc par l'écaille; et c'est pour cela qu'à mon sens, ce n'est pas la vraie voie mastoïdienne par le plafond de l'aditus.

Evidemment, de M. Picqué ou de moi, un des deux ne comprend pas le texte; il va sans dire que je pense que c'est lui, puisque je ne change pas d'avis sur ce point d'anatomie chirurgicale.

M. Picqué. — J'ai mis sous vos yeux l'affirmation de M. Broca et le texte même de Wheeler.

La Société appréciera.

Des indications de la résection de la hanche dans le traitement de la coxalgie chez l'adolescent et l'adulte.

M. Schwartz. — Si j'ai bien compris la pensée de notre collègue Nélaton lors de sa communication si intéressante, c'est que dans le traitement de la coxalgie de l'adolescent et de l'adulte nous reléguons trop la résection comme ressource ultime, nous ne la pratiquons pour ainsi dire que comme un pis aller, alors qu'il est d'avis que l'opération faite en temps plus opportun, lorsque les lésions sont moins avancées, pourrait donner des résultats plus favorables au point de vue opératoire et thérapeutique.

A cet égard, les deux malades réséqués qu'il nous a présentés sont différents l'un de l'autre. D'une part, une femme adulte atteinte de coxalgie suppurée fistuleuse qu'il résèque largement; le résultat au bout d'un an est relativement bon, elle marche bien avec une canne, assez mal sans appui. Toute fistule est tarie, la guérison est complète.

D'autre part, un garçon de dix-sept ans, chez lequel il trouve une articulation relativement encore en bon état, puisqu'il peut conserver la tête, qu'il débarrasse de son pourtour malade, conserver la cotyloïde, où il peut la reloger, après extirpation, comme dans le cas précédent, de toute la synoviale fongueuse.

Résultat très bon; guérison complète; marche facile, presque sans claudication, avec ankylose de l'articulation.

Il me semble que ces deux faits sont tout en faveur de la thèse que j'indiquais tout à l'heure, et le second nous montre un très bon résultat; mais c'est une arthrectomie plutôt qu'une résection proprement dite qu'a faite notre collègue.

Quoi qu'il en soit, nous nous associons tout à fait pour notre

part à cette manière de voir. Les résultats obtenus chez l'adulte, surtout par le traitement conservateur, sont vraiment peu encourageants en général, et si l'intervention pouvait nous donner mieux, elle serait la bienvenne.

Tous nous nous rappelons ce que nous obtenons dans la coxalgie de l'adulte par des méthodes conservatrices : repos, traction continue, associés à la ponction et à l'injection des abcès froids : évidement et grattages de foyers; l'ankylose survient, soit sur une articulation encore en place, soit sur une articulation luxée, en position plus ou moins vicieuse, avec ou sans fixation de la tête : cela dure des mois, des années; nous voyons revenir de temps à autre pour de nouvelles poussées douloureuses, des malades que nous croyions définitivement guéris, et ce sont ceux qui n'ont pas d'ankylose complète. De temps à autre, l'ostéotomie sous-trochantérienne nous permet de corriger avec succès des difformités et des raccourcissements par trop considérables; mais, c'est tout. La marche est possible aux ankylosés; difficile sinon impossible à ceux qui ne le sont pas.

Malheureusement, la résection de la hanche, pratiquée pour la coxalgie suppurée, avec fistules multiples, pour des lésions avancées, est, comme l'a dit notre collègue Nélaton, une opération grave car, pour être faite complètement, c'est-à-dire avec extirpation de toutes les parties malades, et en particulier de la synoviale et de ses culs-de-sac, il faut un jour considérable, qu'on n'obtient que difficilement par les incisions classiques. Pour notre part, nous sommes persuadé que lorsqu'il s'agit de lésions tuberculeuses de l'articulation coxo-fémorale, l'ablation totale de toute la synoviale, surtout au niveau de sa partie la plus interne, vers le cotyle, est très difficilement réalisée. De plus, lorsque la région est traversée par des trajets fistuleux multiples, sa désinfection est bien aléatoire, et malgré les soins que l'on prend la réinfection se fait facilement.

Pour toutes ces raisons, la résection de la hanche, dans les conditions où nous la faisons habituellement, est et sera toujours une opération grave, à guérison longue, entravée souvent par la formation de foyers de suppuration par réinfection secondaire.

Je suis donc pour ma part tout disposé à suivre notre collègue Nélaton, et à faire pour la hanche ce que nous faisons si souvent pour le genou; mais à la condition de nous ouvrir un large accès permettant l'exploration complète et l'ablation autant que possible de tout ce qui est malade.

J'ai fait trois résections de la hanche, dont deux dans ces deux dernières années, une datant de dix ans. Les trois ont porté sur des jeunes gens de quinze, seize et vingt ans. Mon premier opéré était un garçon de quinze ans, malade depuis huit ans atteint de

luxation pathologique avec six trajets fistuleux dont deux ouverts autour de l'anus.

C'est vous dire l'étendue des lésions. Il n'y avait pas autre chose à tenter que la résection. Celle-ci a été pratiquée en novembre 1889, il y a maintenant dix ans. Nous avons réséqué 12 centimètres de fémur, en conservant le périoste périphérique, puis curetté encore cet os, jusqu'au-dessus du genou.

L'enfant était guéri au bout de sept mois.

Son père m'écrivait en 1894 que le raccourcissement du membre n'était que de 4 centimètres et que son fils faisait des promenades de 25 kilomètres sans fatigue. Depuis, j'ai encore eu des nouvelles de ce jeune homme, qui boite très peu, grâce à une chaussure à semelle surélevée et vit de la vie de tout le monde. Les dernières datent du 4 décembre 1899. Je ne puis résister au plaisir de transcrire ici quelques passages de sa lettre. « A part le raccourcissement, plus rien du terrible mal; du reste, ce raccourcissement ne me gêne en rien; je fais de très longues courses à pied et à bicyclette. Vous allez même me gronder si je vous dis qu'en été, je fais avant neuf heures du matin (il est clerc de notaire) des promenades de 88 kilomètres (Belfort-Mulhouse, aller et retour). Je ne me fatigue pas du tout. Je puis pédaler pendant toute une journée; je l'ai même fait plusieurs fois et il m'est arrivé de parcourir ainsi des distances de 200 kilomètres. »

Cet opéré m'a promis de venir me voir l'année prochaine, et je me ferai un plaisir de vous le montrer. C'est là un résultat vraiment exceptionnel, étant données les graves lésions qu'il présentait.

Je vous présente un second réséqué, que j'ai opéré le 8 mai 1898. C'est un grand garçon de dix-huit ans, malade depuis cinq ans (1893), qui m'est adressé après avoir séjourné dans plusieurs services loin de Paris pour une coxalgie suppurée avec fistules multiples. L'état général était encore assez bon. Je pratique la résection de la hanche, luxée pathologiquement; la tête du fémur voyage en effet dans la fosse iliaque externe. La cavité cotyloïde n'existe plus, elle est détruite totalement; un gros séquestre est tout ce qu'il en reste. La tête du fémur et la partie supérieure de cet os sont très malades, infiltrées de bouillie caséeuse; je résèque 6 centimètres du fémur et curette le canal médullaire. Large contre-ouverture en avant et en arrière.

Traitement par l'extension continue comme chez le précédent petit malade.

Vous pouvez voir cet opéré actuellement guéri; il marche depuis le mois de juillet; plusieurs fois, un ou deux trajets fistuleux se sont reformés pour se refermer ensuite. Son état général est

excellent. La marche avec une canne est bonne; sans canne, il marche déhanché, le fémur étant mobile, non fixé à sa partie supérieure ; il a un raccourcissement de 8 centimètres, corrigé, en grande partie, par une chaussure surélevée.

En somme, résultat satisfaisant, analogue à celui de la femme opérée par Nélaton.

Un troisième réséqué est encore en traitement. C'est un garçon de vingt ans, que j'ai essayé de soigner par les méthodes conservatrices pendant quinze mois. Malgré le repos, l'extension, les révulsifs, le traitement général, la jointure s'est altérée de plus en plus, et le moindre mouvement provoquait de violentes douleurs; il s'est formé un abcès froid. J'ai procédé à la résection au mois de juin dernier. La guérison n'est pas encore obtenue, et j'ai été obligé, en rentrant de vacances, de rouvrir largement le foyer où s'étaient reformées de nouvelles fongosités. Actuellement, l'état est plus satisfaisant, mais il nous faudra bien encore quelques mois pour arriver à une solution favorable. Chez lui, j'ai largegement ouvert la jointure par une incision en H, comme je l'avais déjà fait pour le second opéré, et, dans la seconde intervention, l'on a réséqué la partie supérieure du fémur qui n'avait pas été enlevée assez largement lors de la première intervention.

En terminant, je ne saurais trop remercier notre collègue Nélaton d'avoir mis sur le tapis cette question si importante du traitement opératoire de la coxalgie tuberculeuse chez l'adolescent et l'adulte, que nous avons eus exclusivement en vue dans cette courte communication.

M. Delorme. — Nous devons savoir gré à notre collègue, M. Nélaton, d'avoir soulevé à nouveau la question encore si controversée et si délicate du traitement de la coxalgie par la résection de la hanche, mais, s'il m'était permis d'exprimer un désir, je demanderais à nos collègues de vouloir bien, dans l'apport de leurs documents et dans leurs discussions, séparer les indications et les résultats de la résection chez l'adulte et chez l'enfant, les unes et les autres étant très dissemblables.

Ce que j'ai à dire a trait à l'adulte.

Dans les hôpitaux de l'armée, le traitement régulier du coxalgique commence dès le début du mal. C'est dans ces conditions qu'ont été traités les coxalgiques que, depuis près de vingt ans, j'ai soignés exclusivement par l'immobilisation, ensuite par l'extension continue, puis tantôt par l'immobilisation, tantôt par l'extension.

Nombreux se rencontraient, chez mes malades, les cas dans lesquels les signes de la coxalgie avérée étaient peu accentués,

chez qui la déviation du membre était très peu marquée, voire nulle, l'empâtement peu prononcé, et chez lesquels les douleurs étaient d'intensité variable, souvent peu accusées et les mouvements peu gênés. Chez eux, avec les réserves que je ferai tout à l'heure sur leur guérison définitive, l'immobilité prolongée, pendant de longs mois, a d'ordinaire fait cesser les accidents et procuré une guérison.

Il m'a été donné souvent d'obtenir les mêmes résultats avantageux, par les mêmes moyens simples, chez des coxalgiques, avec attitudes vicieuses, récentes et articulations douloureuses sans abcès ouverts et chez certains, sans que j'en puisse dire le nombre, chez lesquels des abcès fermés ont été ponctionnés et modifiés en particulier par des injections de crésyl.

Chez ces coxalgiques, la marche a été plus ou moins facile, avec un membre enraidi, mais peu raccourci, somme toute très utile.

Quelle était la valeur de leur guérison? Etait-elle absolue ou plutôt très relative? Je ne saurais l'établir, car malheureusement je n'ai pu suivre mes malades en dehors de l'hôpital. Je suis le premier à reconnaître le bien fondé d'objections qu'on pourrait adresser à de semblables faits, mais qui de nous n'est pas forcé, à défaut d'autres, de tabler sur de semblables observations ?

Quant aux coxalgiques adultes, avec abcès volumineux ouverts, fistules plus ou moins anciennes, en dépit des cautérisations, des injections modificatrices, des curettages, d'interventions variées, limitées, j'ai été forcé, par les faits qu'il m'a été donné d'observer, de les considérer comme atteints d'une affection très grave sujette à rémissions comme à de nouvelles poussées, d'une réparation très incertaine, somme toute désespérante par sa durée, les soins qu'elle impose, la septicémie chronique et la mort qu'elle entraîne que trop souvent.

Il y a une dizaine d'années, je m'étais décidé à recourir à la résection dans les coxalgies fistuleuses infectées, avec atteinte de l'état général, après insuffisance démontrée du traitement conservateur et, pour prévenir les graves inconvénients liés à des raccourcissements très étendus, j'étudiai même sur le cadavre, au Val-de-Grâce, un procédé de fixation de l'extrémité fémorale dans la tubérosité de l'ischion. Je taillais dans cette grosse saillie osseuse une profonde mortaise, dans laquelle je fixais l'extrémité de la diaphyse fémorale, après avoir porté le membre dans une légère abduction. Je pouvais ainsi faire disparaître des raccourcissements de six centimètres.

A cette époque, je fis, à quelques jours d'intervalle, deux résections, en employant l'incision antérieure. Chez mon premier ma-

lade, je pus me contenter de décapiter le fémur, je débarrassai avec soin la capsule de ses fongosités; chez le second, d'abrasions en abrasions à la gouge tranchante, je dépassai le niveau de la ligne bitrochantérienne, j'évidai encore largement le cotyle et fis minutieusement l'abrasion des fongosités.

Mon premier comme mon deuxième malade succombèrent, le premier au shock, le second à une ostéomyélite.

Ces deux morts m'impressionnèrent; je ne fis plus de résections et j'en revins à l'aléatoire et insuffisant traitement usuel par l'immobilité, les pansements fréquents, les injections, les curettages, mais j'avoue que les malades que nous a présentés notre collègue M. Nélaton m'encourageront à reprendre une pratique plus active, en la complétant par le flambage, dont M. Félizet a tiré si grand parti pour la guérison de ses jeunes réséqués.

Chez les coxalgiques atteints d'abcès volumineux ou de fistules anciennes, avec commencement d'atteinte de l'état général, empâtement marqué inguinal, trochantérien ou fessier, chez la même catégorie de fistuleux fébricitants, lorsque la désinfection des trajets ne permet pas de se rendre maître des infections concomitantes, je serai tenté, jusqu'à nouvel ordre, de revenir à la résection, me basant sur l'insuffisance trop fréquente du traitement conservateur dans ces cas.

M. Félizet. — La question est, en réalité, très simple.

Tant que la coxalgie ne se manifeste que par une attitude défectueuse, de la claudication, une lassitude rapide et quelques vagues douleurs dans le genou, nous pensons que le repos de la région malade et l'immobilité du membre en bonne position représentent le traitement chirurgical de la maladie à cette période, traitement que complètent et que dominent les médicaments reconstituants, l'alimentation soutenue et le grand air.

Nous savons qu'à cette période, chez l'enfant, l'arthrite est exceptionnelle : nous en avons la démonstration dans l'épreuve du chloroforme, qui nous montre tous les mouvements que peut exécuter la jointure, et comment l'attitude vicieuse ne dépend d'abord que de la contraction des muscles, tendant instinctivement à immobiliser la hanche touchée.

Tous les chirurgiens sont d'accord alors en ce qui concerne le traitement à appliquer.

On ne réussit pas toujours et nous savons que c'est à peine si parfois les soins les mieux entendus arrivent à retarder l'évolution des événements.

La tuberculose osseuse progresse : encore un peu et nous sommes en présence de l'arthrite et des abcès, avec leurs consé-

quences directes : la fièvre et la douleur, symptômes secondaires de la coxalgie de l'enfance, à l'inverse de la coxalgie des adultes, dont la douleur articulaire marque le début.

C'est dans le soulagement de la douleur de cette arthrite que l'extension continue procure les résultats les plus heureux et les plus immédiats; l'extension écarte les surfaces, empêche les à-coups des contractions musculaires et prévient le heurtement de la tête fémorale contre le cotyle.

Plus tard, la suppuration survient.

Il n'y a pas un chirurgien qui ne soit d'avis d'ouvrir un abcès, quand cet abcès est accessible, qu'il occasionne de la douleur et qu'il produit de la fièvre.

Il arrive souvent que, grâce à l'immobilisation et à l'évacuation d'un abcès, bien traité ensuite, la fièvre tombe et que la douleur disparaît.

L'opinion de nous tous est que la petite chirurgie peut et doit suffire alors, si l'enfant, ainsi soulagé, s'alimente convenablement et profite.

Mais il peut arriver aussi, personne ne l'ignore, que, débarrassé de la douleur, le petit malade continue à avoir de la fièvre et soit dans l'impossibilité de s'alimenter.

L'élévation de la température vespérale peut dépendre de la formation de nouveaux abcès. Ils se produisent facilement et vont dans toutes les directions : sous la fesse, au pli de l'aine, dans la fosse iliaque, sous l'ischion.

Le chirurgien les ouvre : souvent on les lui apporte tout ouverts, en fistules.

Les fistules sont parfois multiples. On les sonde, et les stylets convergent vers une destination commune, le foyer de la coxalgie, avec ou sans déplacement de la tête.

Si la fièvre est tombée, si l'enfant ne suppure pas trop, s'il s'alimente bien et surtout s'il reprend de la force, nous sommes tous d'avis qu'on a le devoir de gagner du temps, en soignant ces fistules avec les topiques de votre préférence. Je n'ai rien à vous dire à ce sujet que vous ne connaissiez très bien : je suis même honteux d'entrer ainsi dans ces détails.

Nous sommes tous d'accord jusqu'ici, car il s'agit là des principes élementaires de la chirurgie, et la pratique de M. Kirmisson est sensiblement celle de tout le monde.

Je vous annonce que le désaccord va commencer maintenant entre M. Kirmisson et moi.

Les fistules coulent convenablement, il n'y a pas de pus retenu dans un foyer ignoré. L'extension ne soulage plus l'enfant qui continue à souffrir ; mais ce n'est plus la douleur qui nous préoc-

cupe, c'est la fièvre; et nous voyons l'enfant, en dépit des soins que nous donnons à ces fistules, s'épuiser et fondre, pour ainsi dire, sous nos yeux.

Une pareille situation doit-elle durer?

C'est ici que la question se pose entre la chirurgie conservatrice et la chirurgie radicale.

Vous avez entendu, mercredi dernier, faire l'éloge des injections détersives et antiseptiques.

On ne les a pas préconisées seulement dans le cours des trajets fistuleux, on a reproduit les anciennes tentatives de Verneuil, appliquant l'éther iodoformé au traitement des abcès ostéopathiques.

Voilà, paraît-il, le traitement qui doit suffire pour tous les cas, avec quelques curettages très circonspects et très économiques, pour préparer et obtenir à la longue la guérison des coxalgies suppurées et fistuleuses.

On reconnaît que ce n'est pas par semaines, mais par mois nombreux et même par années qu'on peut évaluer la durée du traitement.

L'économie de temps, vous a dit M. Kirmisson, est une question négligeable chez les enfants, qui ne sont pas des « soutiens de famille ».

Mais est-il sans intérêt d'abréger la durée de la fièvre et de l'épuisement que provoquent les suppurations abondantes, la douleur, les inquiétudes des pansements et le séjour indéfiniment prolongé à l'hôpital et à la chambre? Sans compter que la tuberculose osseuse, cause première des abcès et des fistules, cause première de la douleur et de la fièvre, persiste au fond de ces fistules et entretient l'infection de l'organisme.

Or, c'est là le point de départ et la cause de tous les accidents : c'est contre l'invasion tuberculeuse que doivent logiquement porter tous nos efforts.

Ce n'est pas seulement parce que le mal infecte l'organisme, c'est aussi parce qu'il s'étend progressivement sur place, qu'il convient d'agir, et d'agir le plus tôt qu'il sera possible de le faire, pour limiter l'invasion.

Chacun de nous a ses goûts et ses préférences, et l'influence que nous en subissons se traduit par le caractère et, pour ainsi dire, par le style de notre pratique chirurgicale.

Les uns aiment les petits moyens dans l'ingéniosité de leurs artifices et la douceur patiente et en apparence inoffensive de leur action. Ils espèrent beaucoup du temps.

Les autres aiment l'action plus directe et plus rapide, et ils s'y résolvent quand la série des moyens de douceur a été épuisée et que l'amélioration n'est pas survenue.

Dans le fait de la coxalgie grave, rebelle, suppurante, épuisante et douloureuse, je ne comprends plus maintenant qu'un désaccord puisse exister longtemps entre nous.

C'est l'anatomie pathologique qui règle notre intervention, qui la commande et qui la limite.

Les mutilations, les destructions, les délabrements qu'on nous accuse de produire, mais ils sont le fait de la maladie : quand nous opérons sur une hanche, elle a, depuis plus ou moins longtemps, cessé d'exister, comme organe locomoteur.

Notre rôle est un rôle de *déblayage*.

Nous déblayons les parties malades, os, cartilages, ligaments et fongosités; nous marchons, sans exception et sans réserve, jusqu'aux limites du foyer tuberculeux; nous enlevons tout ce qui est touché et douteux, convaincus qu'il est infiniment moins dangereux d'agir ainsi que de laisser la tuberculose évoluer tranquillement, et nous pensons avoir atteint le but si nous avons préparé, par un nettoyage complet, les voies à la Nature réparatrice, dont les bourgeons sains pousseront franchement, à l'abri de l'infection des fongosités tuberculeuses.

C'est une besogne de déblayage et d'assainissement, dont le résultat le plus clair est pour la région la cicatrisation et pour l'organisme la cessation de la douleur, la fin des suppurations, la suppression de la fièvre, le rétablissement des forces et le retour à la vie, au point que je me demande si la dénomination de chirurgie conservatrice n'appartient pas à la méthode qui conserve l'existence, plutôt qu'aux procédés visant la conservation d'une région désorganisée et qu'il n'est pas en votre pouvoir de restaurer?

Vous poussez des solutions antiseptiques dans les fistules, vous injectez dans les abcès de l'éther iodoformé et vous attendez. Mais savez-vous jusqu'où votre action s'étend?

Quand vous avez à traiter une ostéite tuberculeuse superficielle et bien circonscrite, un calcanéum carié, ou simplement un métatarsien, vous savez bien que les pansements iodoformés ne vous donnent aucun résultat. Vous savez que le curettage est nécessaire, et qu'il n'est efficace que si vous le faites largement; vous avez pourtant le mal sous les yeux!

La coxalgie grave est une tuberculose autrement profonde et d'un accès moins rectiligne.

Qu'espérez-vous faire, que faites-vous sur des lésions osseuses profondes et totales, dont une partie seulement est en rapport avec les abcès et les fistules?

Vous avez élargi et antiseptisé les trajets, vous avez peut-être atteint la surface des portions osseuses malades. Considérez ces

choses par vous-mêmes, ouvrez des coxalgies, étudiez les lésions, voyez quelle désorganisation elles constituent, et je vous assure que vous serez épouvanté par la disproportion qui existe entre ce que vous vouliez faire, entre ce que vous pouviez faire et ce que vous avez fait!

Voici huit pièces de résections de la hanche.

Le sacrifice a été large : la section a atteint ou dépassé le petit trochanter, suivant la nécessité. Les coupes en sont instructives.

Vous voyez (pièce A), le cartilage articulaire intact dans sa continuité, et encore adhérent au tissu aréolaire de la tête fémorale.

Ce cartilage est décollé, sur la pièce B, et, de plus, ulcéré et fendu.

Il existe encore sur la pièce C, mais la tête présente une excavation qui l'évide.

Sur la pièce D, le cartilage a disparu : la tête a encore sa forme d'ensemble, mais la surface est rugueuse et mamelonnée.

Ici (pièce E), elle s'est effritée : elle n'est plus représentée que par un cône irrégulier et anfractueux.

Voici la pièce F; il n'y a plus de tête fémorale. Le col a disparu, il est marqué tout au plus par un petit séquestre, séparé de la partie ossifiée du trochanter par une zone de cartilage visiblement altéré.

Ce sont là les étapes de l'invasion méthodique et de la destruction progressive réalisées par la tuberculose osseuse.

Les coupes sont autrement intéressantes à étudier.

Et d'abord, voyez comme le champ de l'ossification est étendu. Le plus âgé de ces malades avait onze ans. Prenez le rapport de l'os et du cartilage à huit ans chez un enfant sain, et comparez avec le rapport que voici.

Ici, le tissu osseux représente plus que les deux tiers de la moelle.

Mais c'est un tissu osseux de mauvais aloi.

Voyez comment, séparément, les points d'ossification se sont développés et infectés : ce sont des foyers d'incendie qui couvent à part.

Ils se rejoindront plus tard sans doute, quand la conflagration sera totale.

Quelques-uns de ces foyers, plus avancés que d'autres, ont donné naissance à des collections purulentes péri-articulaires. Mais il en est d'autres, la plupart en vérité, qui ne communiquent pas avec les zones péri-articulaires.

Comment les atteindrez vous, ceux-là?

Les fistules n'aboutissent qu'à un des points malades. Mais ce

point même, est-il vraisemblable que vous puissiez le pénétrer avec vos topiques, le désinfecter, le guérir ? Et les autres?

Les coupes vous montrent l'état de détérioration de l'épiphyse fémorale, mais ce que l'opération nous fait voir, à nous, c'est la tuberculose de la moelle, avec un amincissement tel de la diaphyse que par deux fois, au cours de l'opération, mon aide a fracturé le fémur, sans violence, tout simplement.

Je reproche aux procédés du traitement conservateur de ne pas viser plus loin que les abcès, les fistules, les fongosités, les scléroses péri-articulaires.

Or, tout cela n'a aucune signification propre : ce ne sont que des accidents secondaires, des incidents, des épiphénomènes, des effets, des manifestations à la surface, du travail de désorganisation grave, que la tuberculose accomplit dans la profondeur de la région.

C'est à la cause qu'il faut s'adresser, c'est à cette profondeur qu'il faut combattre, pour extirper le mal intégralement et sans merci.

Vous voyez, par ces pièces, qu'il n'y a pas grand'chose à respecter et à laisser.

Je vous disais il y a quinze jours, et ces pièces vous montrent clairement, que la coxo-tuberculose de l'enfance affecte la forme diffuse, à foyers simultanément et séparément développés, et que cette invasion se traduit par des lésions absolument différentes de celles de la coxalgie des adultes, coxalgie à détériorations articulaires primitives, coxalgie à séquestres et à manifestations osseuses plus circonscrites, lésions impliquant vraisemblablement des indications thérapeutiques particulières.

En ce qui concerne l'enfance, je reproche au procédé conservateur, dans les coxalgies graves, de faire perdre un temps précieux et de laisser le champ libre au mal.

Vous voulez bien reconnaître que 10 enfants p. 100 de vos malades ont succombé aux complications ordinaires de la tuberculose osseuse.

Cette proportion, nous ne l'avons pas, et c'est sur votre aveu même que je suis autorisé à dire que : les conservateurs, c'est nous.

En prenant la parole à l'improviste, il y a quinze jours, après M. Nélaton, je voulais affirmer ceci : qu'à côté des coxalgies que l'extension, l'immobilisation et le traitement général guérissent, il en est un bon nombre dans lesquelles le traitement ci-dessus n'empêche pas le mal d'évoluer, avec les abcès et les fistules, accompagnés et précédés de douleurs intolérables, de fièvre, de troubles digestifs, de déchéances viscérales et d'épuisement.

Il me semble certain que cette forme clinique répond à des lésions ostéo-articulaires tuberculeuses diffuses, et qu'elle porte avec elle l'indication d'enlever tout ce qui est malade, en un mot, de pratiquer la résection complète et typique de la hanche.

C'est en m'appuyant exclusivement sur l'étude des lésions que j'ai signalé cette opération radicale comme la seule intervention logique et c'est en m'appuyant sur une bénignité absolue, dont je vous ai exposé les raisons, que je vous l'ai présentée comme une opération absolument recommandable, dans la forme susnommée de la coxo-tuberculose.

J'espère avoir été mieux compris par vous que par M. Kirmisson.

C'est surtout avec des chiffres de statistique que notre collègue a attaqué la résection. Il n'y a pas à dire : que ce soit en Europe ou dans le Nouveau-Monde, la proportion des décès est de 33 p. 100. C'est la proportion de notre ami Nélaton qui, sur trois opérés, en laisse mourir un.

C'est un chiffre fait : il n'y a pas à chercher ailleurs.

En poussant d'une page plus loin la lecture de nos Bulletins, M. Kirmisson eût pu apprendre qu'un de ses collègues a su faire de cette opération réputée meurtrière une des plus bénignes de la chirurgie : je vous apporte la statistique de 200 coxalgies opérées radicalement : une méprise de mémoire, m'avait fait ajouter 100 observations d'autres tuberculoses osseuses et vous annoncer, à tort, 300 faits ; je m'empresse de réparer cette erreur.

Je n'ai pas choisi les cas : chaque fois qu'un enfant m'a paru mis en danger par la coxo-tuberculose rebelle à l'action des petits moyens, j'ai opéré : la cachexie, la pâleur, la faiblesse du cœur, l'amaigrissement extrême n'ont jamais été pour moi des contre-indications, au contraire, pourvu que le rein fût intact.

C'est parce que je connais bien l'admirable ressort qui fait rebondir les enfants à la vie, que je n'ai pas voulu perdre de temps et que j'ai marché.

Mais je sais aussi qu'il ne faut pas demander l'impossible et qu'il faut aider l'organisme en débarrassant la région de tous les débris tuberculeux qui l'infectent et la tuent dans une lutte inégale.

Peu à peu, l'observation m'a permis d'élargir le cercle des indications de l'opération radicale. A l'occasion d'un abcès péri-articulaire traité par l'ouverture et les pansements antiseptiques sévères, j'eus l'occasion de voir que les choses continuaient à mal aller. En recherchant les causes, je vis, au fond de l'abcès ou des fistules, des lésions osseuses d'une extension invraisemblable, et je dus faire, d'urgence, un déblayage équivalent à la résection.

Je suis allé plus loin maintenant : je n'attends plus les abcès ni les fistules; il suffit pour moi que la hanche soit douloureuse, *d'une douleur que l'extension et l'immobilité ne soulagent pas*, il suffit surtout que le malade ait de la fièvre et commence à s'épuiser pour que je me résolve à intervenir radicalement.

C'est que la douleur, avec ou sans luxation de la tête, la fièvre et l'épuisement, traduisent à mes yeux des lésions dont vous venez de voir quelques pièces et qui sont irrémédiables.

Ces pièces, je ne les ai pas choisies : ce sont les lésions courantes, ordinaires de la coxalgie, accompagnée de douleur et de fièvre.

Aujourd'hui, je n'attends pas l'apparition de grand abcès, ni la formation de fistules, pour être fixé sur l'état des choses.

Notre collègue Jalaguier m'a fait un jour le plaisir de venir assister, à Tenon, à une résection de la hanche.

Je fais toujours, avant d'opérer, un croquis anatomo-pathologique détaillé des lésions que je pense trouver, et s'il m'a semblé très surpris de l'étendue des choses que j'ai réséquées, il a pu se convaincre que ces choses étaient très malades et conformes à mon dessin.

Plus je vais, et plus je m'étonne de la faveur continuée aux procédés de la chirurgie économique, car je ne comprends pas comment on peut espérer agir sur des parties aussi profondément, aussi totalement malades. Etant donnée, outre le danger des autres complications tuberculeuses, la menace permanente de la néphrite amyloïde, qui est la contre-indication absolue de toute action radicale, il est grave de perdre du temps.

Vous nous avez parlé de la gravité de l'opération, en invoquant la statistique décourageante de quelques chirurgiens que vous ne connaissez pas, intervenant pour des coxalgies dont les particularités sont ignorées de vous, et vous avez triomphé en comparant l'uniforme mortalité de 33 p. 100 de ceux qui ont agi à la mortalité de 10 p. 100 de votre pratique d'expectation et de petits moyens. Nous demandons d'autres arguments que ceux que la statistique fournit, pour fixer nos préférences.

Vous avez reproché à la résection, de laisser des fistules et des fongosités. Je vous apporte le moyen d'obtenir un champ d'opération tellement net, tellement assaini, que je puis faire la suture de la peau et que les fistules sont exceptionnelles.

Et s'en formerait-il (je ne me flatte pas de n'en avoir jamais eu), ces fistules sont simples, courtes et rectilignes; elles aboutissent à un fond que je connais bien et que la curette peut réparer. Elles n'ont rien de commun avec ces fistules tortueuses, aboutissant à

toute une région contaminée et entretenues par des lésions osseuses, formidables et inaccessibles.

La mobilité que vous redoutez, je la recherche : c'est elle qui permet au petit malade d'utiliser un certain appareil qui lui permet de marcher et de s'asseoir.

J'arrive aux résultats fonctionnels : on n'attendra pas des sujets auxquels on a enlevé parfois le quart du fémur et une partie du bassin une marche irréprochable ; en réalité, les résultats sont d'autant plus avantageux qu'on a été dans la nécessité d'enlever moins de parties osseuses malades, et par conséquent qu'on est intervenu sans perdre de temps.

Il y a des enfants qui ne marchent ni mieux ni plus mal que des sujets atteints de luxation congénitale ; il y en a qui se déhanchent effroyablement. Dans tous les cas, un appareil très simple, prenant ses points d'appui sur l'ischion, procure l'abaissement du membre par un simple réglage à vis, appareil que nous avons adopté à Tenon, permet une marche régulière et prolongée, sans fatigue. Nous vous le présenterons, ainsi qu'une *béquille compensée à croupière*, qui répartit la pression entre l'aisselle et l'ischion, et permet les marches les plus rapides et les plus longues.

Il faut le répéter : les résultats, au point de vue de la marche, ne doivent entrer en ligne de compte que secondairement.

La résection de la hanche a un objet qui domine la situation : le déblaiement de tout le foyer malade et la conservation de l'existence ; c'est une opération de sauvetage.

Je signalerai, en terminant, un fait curieux : après l'usage de l'appareil, pendant un temps qui varie entre deux et quatre ans, il se produit souvent dans le foyer guéri de la résection, un travail de consolidation fibreuse très particulier.

Le membre, à sa mobilité volontaire ajoute une solidité remarquable de son insertion au bassin : il s'agit, vraisemblablement, du renforcement d'un trousseau fibreux, sans ostéogénèse : la radiographie est parfaitement claire.

L'enfant peut marcher convenablement sans appareil, avec 5 centimètres de raccourcissement ; au-dessus de ce chiffre la marche sans appareil est très laide.

Mais encore une fois, c'est la conservation de l'existence que nous avions en vue, et c'est le résultat que nous avons atteint, au moyen d'un procédé opératoire, que nous aurons prochainement l'avantage de vous faire connaître.

M. Kirmisson. — Messieurs, dans notre dernière séance, je disais que, même à la période de suppuration, la tuberculose chirurgi-

cale offre chez les enfants la plus grande prise au traitement conservateur. J'ajoutais d'ailleurs que ce n'est pas au traitement conservateur de la chirurgie ancienne, aboutissant trop souvent à la septicémie, mais bien au traitement conservateur aidé de la méthode antiseptique, qu'il convient de comparer les méthodes radicales, telles que les évidements les grattages et les résections.

Voici une malade qui est une preuve vivante de ce que j'avance. Elle est venue se montrer à nous vendredi dernier, 1er décembre, et je ne résiste pas au plaisir de la soumettre à votre examen, tant son histoire est intéressante.

Cette enfant, âgée aujourd'hui de douze ans, m'a été présentée pour la première fois aux Enfants-Assistés, le 11 octobre 1892, à l'âge de cinq ans. Elle présentait à cette époque tous les signes d'une coxalgie gauche au début. Je la traitai par l'application renouvelée d'appareils plâtrés, et la guérison fut obtenue de la manière la plus satisfaisante et sans incidents.

Deux ans et demi après, le 9 avril 1895, nous notions sur notre régistre d'observations : « Nous revoyons cette enfant. Son état général est très satisfaisant; l'état local ne laisse rien à désirer. La seule trace de la coxalgie est un peu de limitation des mouvements de flexion et d'abduction. »

Aussi, grand fut mon étonnement lorsqu'au mois de juin 1898, je vis revenir vers moi la mère toute en pleurs me ramenant sa fille dont l'état s'était grandement modifié. L'enfant était pâle, profondément amaigrie et abattue; le membre inférieur gauche était placé dans une flexion forcée jointe à une adduction considérable; le membre était le siège d'une suppuration énorme. D'une part, il existait, à la face externe de la cuisse, un volumineux abcès qui remontait jusque dans la région fessière; d'autre part, un second abcès, beaucoup plus considérable, existait à la partie interne de la cuisse, dans la région des adducteurs, et descendait à la partie postéro-interne du membre, jusque dans le creux poplité.

J'appris alors ce qui s'était passé. En septembre 1897, l'enfant avait fait une chute et avait recommencé à boiter, sans éprouver beaucoup de douleurs. Le 18 octobre 1897, elle fut conduite par sa mère au charlatan de Sens, et elle resta là jusqu'au 7 juin 1898. Les manœuvres exercées sur le membre eurent pour effet de déterminer l'attitude vicieuse et la suppuration.

Le 23 juin 1898, j'endormis cette enfant, je réduisis sous le chloroforme l'attitude vicieuse due à la subluxation de la tête dans la fosse iliaque externe, et je pratiquai la ponction de l'abcès fessier, suivie de l'injection de 10 grammes de la solution d'éther iodoformé à 10 p. 100, soit 1 gramme d'iodoforme; nous eûmes ensuite recours à l'extension contenue.

Le 30 juin, nous fîmes la ponction du volumineux abcès de la partie interne de la cuisse. Il en sortit un pus sanguinolent, mélangé de grumeaux caséeux qui obstruaient à chaque instant la canule. Nous dûmes faire un lavage à l'eau boriquée stérilisée ; puis, nous pratiquâmes une injection de 15 grammes d'éther iodoformé, soit 1 gr. 50 d'iodoforme, et nous appliquâmes un appareil plâtré.

Le 15 juillet, nouvelle ponction de l'abcès interne : comme la première fois, le pus s'écoule très difficilement, lavage à la solution boriquée, injection de 15 grammes d'éther iodoformé, immobilisation dans un appareil plâtré.

Le 2 août, l'enfant ayant une élévation de la température, nous enlevons l'appareil, et nous constatons que l'orifice de la dernière ponction est resté fistuleux. Il s'en écoule un pus verdâtre et filant. Le trocart est introduit dans l'orifice fistuleux, on vide la poche, et l'on y fait pénétrer 25 grammes de la solution d'éther iodoformé à 10 p. 100. On voit alors, soulevée par les vapeurs d'éther, se dessiner une immense poche qui résulte de la communication des deux abcès interne et externe, poche allant de la région fessière au creux poplité. Toute la cuisse n'est plus qu'un vaste sac de pus. On laisse sortir, au bout d'un certain temps, les vapeurs d'éther, pour éviter une tension excessive qui eût amené infailliblement une gangrène de la peau ; l'éther entraîne avec lui des grumeaux caséeux abondants et une grande quantité de liquide. Le pansement est fait avec la gaze iodoformée, et le membre immobilisé au moyen d'un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin.

Sous cette influence, la cicatrisation se produisit, il n'y eut jamais d'élévation de température, le pus ne se reproduisit pas. Au commencement de novembre, l'enfant marchait avec des béquilles, elle nous quittait le 26 novembre 1898, toujours munie de son appareil plâtré, qu'elle a conservé jusqu'au 1er décembre de cette année.

Vous voyez qu'aujourd'hui elle marche très facilement, toute trace de suppuration a disparu. Il serait même impossible de dire, au seul examen, que cette enfant ait jamais eu d'abcès, tant sont imperceptibles les traces des ponctions. Le membre est dans une attitude excellente ; il reste seulement un raccourcissement de 3 centimètres, trace de l'usure des surfaces articulaires. Quelle est donc, dirai-je encore une fois, la résection, même la mieux réussie, qui pourrait nous fournir un pareil résultat ? Et du reste ici toute tentative de résection eût été déraisonnable, elle n'aurait pu supprimer en effet cet immense foyer purulent qui, de la région fessière, descendait jusqu'aux creux poplité. Quant à

l'incision de pareils foyers, quel danger n'eût-elle pas présenté au point de vue de la septicémie !

M. Félizet. — Avez-vous regardé les pièces que j'ai présentées ou leurs coupes, et si oui, quelle est celle pour laquelle vous eussiez pratiqué le traitement conservateur ?

M. Kirmisson. — Etant occupé de mon malade, je n'ai pas regardé les pièces dont vous parliez; d'ailleurs, je le répète, ce n'est point sur l'étendue des lésions que je me base pour décider l'intervention.

M. Felizet. — Vous n'avez pas regardé les pièces, vous n'êtes pas bien documenté.

M. Kirmisson. — Ce n'est pas ici une question d'anatomie pathologique mais de chirurgie clinique.

Sur la Pancréatite suppurée.

M. A. Guinard. — Dans le rapport que j'ai présenté à la dernière séance sur une observation de pancréatite suppurée, due à M. J. L. Faure, je regrettais que les renseignements cliniques ne fussent pas assez détaillés. Grâce à l'obligeance de M. Faure et de M. Victor Veau, je peux combler aujourd'hui cette lacune dans une certaine mesure. Je considère comme très important de bien noter à quelles affections abdominales le chirurgien avait pensé avant que l'opération lui ait permis de diagnostiquer une pancréatite suppurée. C'est là le meilleur moyen de bien mettre en lumière la physionomie clinique de cette pancréatite suppurée encore si peu connue ou plutôt si souvent méconnue.

Dans le fait que j'ai relaté à la précédente séance, M. Faure songea d'abord à une perforation de l'estomac. Ce diagnostic était rationnel, en somme, en raison des troubles dyspeptiques et des douleurs épigastriques qui duraient depuis une dizaine de jours ; en raison aussi des nausées, des vomissements et de la douleur à la pression dans la région de l'estomac.

On pensa aussi à une appendicite avec un appendice siégeant anormalement très haut.

Enfin on émit aussi l'hypothèse d'une hématocèle ; la malade. qui avait eu ses règles le 10 janvier, ne les avait pas vues revenir le 19 février, et elle avait eu des épistaxis le 13 et le 15 février.

Ces trois diagnostics donnent mieux que toutes les descriptions le tableau clinique de la pancréatite suppurée, surtout quand ils ont été posés par un chirurgien avisé qui a porté le bistouri résolument au cœur même du mal sans se laisser égarer par une idée préconçue.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la pancréatite suppurée se présente en clinique sous les aspects bien connus maintenant de l'appendicite : comme je l'ai déjà dit, elle revêt toutes les formes de l'appendicite, qu'elle soit suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique.

De plus, il n'est pas rare de voir la pancréatite donner lieu à des symptômes péri-utérins, puisque des fusées purulentes vont parfois se faire jour du côté des culs-de-sac vaginaux.

Enfin, pour terminer, je donne *in extenso* la relation des expériences qui ont permis de reconnaître certaines propriétés du suc pancréatique dans le liquide qui s'écoulait par la fistule consécutive à l'opération de M. Faure.

Liquide recueilli dans la cavité de la plaie épigastrique le samedi 25 février 1899, à 11 h. du matin. — Le liquide possédait une réaction très faiblement alcaline, comme s'il était mélangé de grumeaux ; on l'a additionné de quatre fois son volume d'eau distillée et filtrée. C'est le produit ainsi dilué au cinquième qui a servi aux essais suivants :

1° Cinquante centigrammes de fibrine de sang de bœuf, essorée, ont été mis en contact avec 10 centimètres cubes du liquide dilué, pendant 3 à 4 heures, à la température de 45-50 degrés, en présence d'un peu de thymol. La fibrine a paru très faiblement se désagréger, mais ne s'est pas sensiblement dissoute. La recherche de la tyrosine, effectuée consécutivement avec la tyrosinase (macération de *Russula delica*), a donné un résultat négatif.

L'expérience conduite, en même temps et dans les mêmes conditions, avec une solution faible de pancréatine, a donné au contraire, comme on devait s'y attendre, des résultats pleinement positifs.

Le liquide examiné ne contenait donc pas de trypsine, au moins en quantité sensiblement appréciable.

2° Vingt-cinq centimètres cubes d'un empois d'amidon à 1 p. 100, préparé avec de l'eau thymolée, ont été additionnés de 10 centimètres cubes de liquide dilué et chauffé à 45-50 degrés. En moins d'une minute, le mélange ne donnait plus de coloration bleue avec l'iode. On a laissé 30 minutes à 45-50 degrés, puis on a abandonné ensuite le tout à la température ordinaire (environ 15 degrés) pendant 24 heures. On a trouvé qu'il s'était alors formé 0 gr. 125 de sucre réducteur exprimé en glucose.

On avait eu soin d'opérer en même temps sur une même quantité d'empois, additionnée de 10 centimètres cubes d'eau distillée. Ce mélange se colorait fortement en bleu par l'iode et ne réduisait pas la liqueur de Fehling. On s'était assuré d'autre part que le liquide étudié n'agissait pas non plus sur cette dernière.

3° Mis en contact pendant 2 heures à 45-50 degrés et 24 heures à la température ordinaire avec 1 gramme d'huile d'olive, 5 centimètres cubes de liquide dilué n'ont pas émulsionné cette dernière, malgré de fréquentes agitations.

En résumé, le liquide étudié ne possède d'une façon bien nette qu'une seule des trois propriétés digestives du pancréas, celle d'agir sur les matières amylacées.

Présentations de malades.

Tétanos.

M. E. Potherat. — J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme guéri de tétanos. Voici dans quelles conditions étaient survenus les accidents.

Ce garçon, de dix-neuf ans, jouait en compagnie de camarades avec un pistolet chargé à mitraille de plomb et de billes de bicyclette, et fortement bourré.

Le coup partit par inadvertance et vint frapper la main gauche près de son bord cubital. Le coup ayant fait balle traversa la main de part en part, de la paume à la face dorsale, broyant le quatrième métacarpien, et sortant par un trou sensiblement égal au trou d'entrée, mais tout déchiqueté.

Cela se passait le 23 septembre 1899, pendant les vacances. Le malade fut apporté dans mon service à Bicêtre où mon collègue et ami Souligoux me suppléait. On se contenta à ce moment de soumettre le blessé à un bain quotidien de la main suivi d'enveloppements humides et antiseptiques. Presque chaque jour quelques grains de plomb ou quelque esquille osseuse sortaient spontanément.

Pendant quelque temps tout alla assez bien ; aucun accident inflammatoire ou infectieux n'était apparu. Mais le 5 octobre, trois jours après ma rentrée dans le service, mon interne, M. Leuret, constata du trismus à la contre-visite.

Le 7 octobre, le trimus est très accusé, il y a des contractures très étendues ; le bras blessé est surtout fortement pris ; le tétanos

est absolument confirmé; toutefois la température est peu élevée, 37°8.

Malgré l'extension rapide des phénomènes de contracture, en présence de cette élévation modérée de la température, je pense que la forme ne prendra pas une grande acuité, et je décide de faire immédiatement l'intervention suivante; débridements larges de la plaie palmaire et dorsale, ablation des débris de peau, ou de chairs, curettage soigneux de la plaie tout entière qui me permet d'enlever des débris de bourre, des chairs noires de poudre, des grains de plomb, une bille et plusieurs esquilles. Après ce curettage minutieux, lavage à grande eau avec une solution de biiodure de mercure, puis drainage de la plaie à travers la main et pansement sec.

En outre, j'isole le malade dans une petite chambre où l'on maintiendra l'obscurité, et je prescris 8 grammes de chloral par vingt-quatre heures. Le lendemain, mon interne M. Leuret, de sa propre inspiration, et en présence de l'accroissement marqué des accidents, injecte sous la peau du ventre en deux fois, 20 centimètres cubes de sérum antitoxique de l'Institut Pasteur.

Le 11 octobre, l'état est le même, la contracture des mâchoires est absolue, les membres sont raides, surtout le gauche, la paroi abdominale est tendue; une bille de bicyclette est trouvée dans le pansement.

Le 13 octobre, l'état s'aggrave, la déglutition devient impossible, même pour les boissons; les crachats ne peuvent plus être rejetés; la respiration est extrêmement gênée; mais la température ne dépasse pas et atteint même à peine 38 degrés.

Cet état inquiétant dure cinq à six jours, au bout desquels nous voyons une petite amélioration apparaître, qui s'accentue peu à peu: la déglutition des boissons redevient possible, la respiration est plus facile. Entre temps une autre bille est extraite sous la peau du dos de la main.

A partir du 20 octobre, les contractures disparaissent manifestement, mais très lentement, car ce n'est que plus d'un mois plus tard, vers le 25 novembre, qu'elles semblent avoir totalement cessé. Le 29 novembre, je mettais fin à l'isolement et au traitement chloralé; toutefois la plaie n'était pas encore entièrement cicatrisée et des grains de plomb étaient sortis encore le 22 novembre.

Aujourd'hui ce garçon est complètement guéri de sa blessure et de la grave complication à laquelle elle avait donné lieu.

J'ai tenu à vous présenter ce malade et surtout à vous rapporter ce fait dans ses détails parce qu'il me semble utile de multiplier les cas de cette nature afin de rechercher le meilleur traitement du tétanos.

La sérothérapie du tétanos ne nous a pas donné jusqu'ici de résultats bien encourageants. Sa valeur thérapeutique est encore très discutable; les plus optimistes admettent qu'elle est inefficace contre le tétanos confirmé, aussi je pense que les 20 centimètres cubes injectés à mon malade ont été inutiles. La valeur préventive du sérum antitoxique serait plus certaine et doit nous encourager à y avoir recours le plus souvent possible.

Mais en présence du tétanos confirmé, je crois qu'il ne faut pas rester inactif, et que, dans l'état actuel de nos connaissances, ce qu'il y a encore de mieux à faire, c'est de détruire le foyer où s'élabore le toxique, où s'alimente l'infection spécifique. Cette manière de voir a été ici éloquemment exposée et défendue par M. le professeur Berger. Deux fois antérieurement déjà j'avais abrasé le foyer de la plaie infectée, et deux fois j'avais obtenu un succès.

Sans doute, il s'agissait, comme dans ce troisième cas, de formes subaiguës, favorables par conséquent à la guérison; mais nous ne pouvons cependant méconnaître que depuis la rénovation chirurgicale, depuis que le pansement des plaies se fait mieux, depuis que l'on s'efforce de les détèrger avec soin, de les laver jusque dans leurs moindres recoins pour en chasser les immondices, les matières organiques, les débris variés, depuis, en un mot, l'avènement de l'antisepsie chirurgicale, ouvrant la voie à l'aseptie des blessures, le tétanos, comme les autres complications des plaies, a considérablement diminué de fréquence. L'étude biologique du microbe de Nicolaier permet d'ailleurs de comprendre qu'il en soit ainsi.

C'est pourquoi je pense que les interventions de la nature de celle que j'ai pratiquée chez mon malade méritent d'être conseillées, qu'elles peuvent amener la guérison ou tout au moins lui préparer très sérieusement ses voies, et que, quelque opinion que l'on ait sur la valeur de la sérothérapie antitoxique, il peut être bon, il peut être profitable de ne pas négliger les autres modes de traitement du tétanos, et en particulier l'exérèse totale ou partielle du foyer de la blessure.

Grossesse tubaire rompue (2 mois environ) avec crises d'hémorragies successives. — Laparotomie. — Pincement du ligament large et résection des annexes droites. — Abcès du cul-de-sac de Douglas.

M. Schwartz.— On vous a présenté dans la dernière séance une série de grossesses tubaires rompues, traitées par la laparotomie.

J'en profite pour vous en montrer une que j'ai opérée il y a cinq semaines environ à Saint-Quentin.

Le 28 octobre, j'étais appelé d'urgence pour une jeune femme de trente-quatre ans, mariée depuis dix-sept ans, qui n'avait jamais eu ni enfants ni fausses couches. Bien portante habituellement, elle avait eu quelques années auparavant des métrorragies qu'on avait mises sur le compte de l'impaludisme, dont elle avait d'ailleurs parfaitement guéri sans qu'on y trouvât aucune lésion appréciable de l'utérus et des annexes.

Les règles étaient supprimées depuis le 15 août, date des dernières.

Rien en septembre. Bonne santé quand elle fut prise le 5 octobre de douleurs vives à droite avec ballonnement, état nauséeux, mais sans fièvre. On pensa à une ovarosalpingite, d'autant que le toucher vaginal montrait l'utérus un peu gros, le cul-de sac droit douloureux et empâté. Elle se relevait le 15 octobre. Cela ne devait pas durer.

Elle est prise en effet le 19, puis les 21, 23, 25 et 27 octobre, de crises douloureuses très violentes, avec pâleur de plus en plus marquée, affaiblissement progressif, nausées et même vomissements; pas de fièvre excepté les 27 et 28 octobre, où la température monte à 38 degrés.

La crise actuelle est beaucoup plus violente que toutes les autres.

Je suis appelé le 28 et je trouve le soir, à huit heures, une femme exsangue, d'une pâleur comme il est difficile d'en voir une plus accentuée, le pouls petit à 140, température 37°5. Urines normales, peu abondantes. Ventre tendu, ballonné, très douloureux à la pression. L'examen vaginal montre l'utérus normal, mais le cul-de-sac droit postérieur tendu, comme fluctuant, sans grande saillie.

Me basant sur l'absence des règles depuis le 15 août, sur les crises, et surtout sur les signes incontestables d'une hémorragie interne grave, je porte le diagnostic de grossesse tubaire rompue, avec hémorragies successives, et actuellement une hémorragie *très grave* qui peut mettre les jours de la malade en danger immédiat. Je conseille la laparotomie immédiate. Elle est pratiquée à huit heures et demie du soir. Je tombe sur un épanchement de sang énorme, deux litres au moins; le sang coule à flots de la rupture tubaire; j'extrais immédiatement les annexes droites dont le pédicule est si friable que toute ligature est impossible et que je suis obligé de laisser 3 pinces-clamps à demeure sur le pédicule et le ligament large droit. J'extrais un embryon de 6 centimètres. Le sang continue à couler du cul-de-sac de Douglas où

je sens une surface tomenteuse qui saigne abondamment. Impossible de rien pincer; tamponnement de Mikulicz.

Le sang s'arrête. Injection d'ergotine et de sérum artificiel.

Les suites de l'opération ont été immédiatement bonnes. Consécutivement s'est faite une suppuration du cul-de-sac de Douglas, qui a été drainée par le vagin, et qui, actuellement, est en voie de guérison.

Ce cas me paraît intéressant par la répétition des hémorragies (6 fois) amenant des signes et une allure clinique qui avaient fait songer un instant à des crises d'appendicite, par l'absence totale d'enkystement du sang dans la cavité péritonéale, absence totale de fièvre excepté lors de la deuxième crise.

Présentation de pièces.

M. Doyen présente deux pièces sur les *agglomérations cæcales péri-appendiculaires.* — M. Broca, rapporteur.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. Pozzi.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Martel (de Saint-Malo), qui donne sa démission de membre correspondant de la Société de Chirurgie, avec tous ses regrets ; il renonce à l'exercice de la médecine.

A propos de la correspondance.

M. Tuffier communique, de la part de M. Charrier (d'Angers), une observation de cancer de l'angle du côlon. Entérostomie. — M. Tuffier, rapporteur.

A l'occasion du procès-verbal.

Résection de la hanche dans le traitement de la coxalgie.

M. Félizet. — La fillette de douze ans que M. Kirmisson vous a présentée mercredi dernier a traversé, depuis dix-sept mois, les complications les plus graves.

On a traité les abcès par des injections d'éther iodoformé; on a soumis la hanche à l'extension et à l'immobilité, en bonne attitude, dans un appareil inamovible.

M. Kirmisson nous apprend qu'elle marche très facilement : la béquille qu'elle tient est inutile et n'est là, comme on dit, que pour mémoire.

Pour M. Kirmisson, c'est une coxalgie guérie.

Nous avons le regret de ne pas partager la satisfaction de notre savant collègue.

Cette enfant n'a, en fait, que l'apparence, ou plutôt que l'attitude de la guérison.

Elle n'est pas guérie.

Je n'ai pas pu vous dire devant elle, à la fin de la dernière séance, mon impression. Mais demandez qu'on vous la montre dans quelques mois : je profiterai de l'occasion pour la regarder aussi.

Vous avez peut-être compris mieux que moi (peut-être n'avez-vous pas compris non plus) cette phrase que « ce n'est pas ici une question d'anatomie pathologique, mais de chirurgie clinique ».

Il n'en est pas moins vrai que la détermination exacte des lésions est de première importance avant de se résoudre à tel ou tel mode de traitement de la coxalgie.

Je ne propose pas à M. Kirmisson de lui faire le croquis anatomo-pathologique de la hanche de sa petite malade, mais je lui demanderai très simplement de vouloir bien la faire radiographier.

Il n'a pas pu regarder les pièces anatomiques que j'avais apportées, un peu à son intention ; il regardera la radiographie, il comparera le côté sain avec le côté malade.

Il sera fixé sur la cause du raccourcissement de 3 centimètres qu'il trouve chez sa coxalgique. Il constatera les détails de « l'usure des surfaces articulaires » ; il verra surtout, très bien, je le lui promets, l'état du tissu osseux dans le trochanter, dans le col et dans ce qui reste de la tête fémorale.

Ce jour-là, M. Kirmisson nous aura mis sous les yeux un document vraiment sérieux.

Vous tirerez de l'analyse de cette épreuve des conclusions cliniques formelles, tant au point de vue de la réalité de la guérison, qu'on vous affirme, qu'au point de vue du pronostic : la clinique et l'anatomie pathologique ne sont jamais en opposition ; elles marchent toujours d'accord.

Nous attendons une épreuve radiographique pour savoir si cette coxalgie est guérie ou non.

M. Kirmisson. — Je suis bien aise que M. Félizet soit revenu sur la communication que je vous ai faite dans la dernière séance pour la critiquer. Cela me permettra de renouveler les remarques que j'avais faites moi-même à propos de sa communication, remarques qui, par un petit malentendu, n'ont pu trouver place dans nos Bulletins.

M. Félizet nous dit : « Dès que la suppuration est devenue évidente, dans la coxalgie, comme partout ailleurs, nous sommes tous d'accord pour donner issue au pus par une incision. » Il y a là entre nous un malentendu profond qu'il importe au plus haut point de dissiper. Mais non, je ne donne pas issue au pus par une large incision; je ne mets jamais le bistouri dans les abcès froids de la coxalgie, pas plus que dans ceux du mal de Pott. C'est là, je le répète encore une fois, le point de départ de la méthode conservatrice, à laquelle j'attache une si haute importance dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. Éviter, par tous les moyens possibles, de transformer une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte, c'est là l'idée première, directrice, de tout le traitement. C'est pourquoi j'accorde une si grande valeur à la méthode des injections d'éther iodoformé, méthode qui n'en est plus à la période d'expérimentation, comme semble le croire M. Félizet, mais qui a aujourd'hui fait ses preuves entre les mains de nombreux chirurgiens.

Il est un autre point sur lequel je suis en désaccord avec M. Félizet. Notre collègue nous dit qu'avant de pratiquer une résection, il fait généralement à ses élèves le schéma des lésions. Pour ma part, je me déclare absolument incapable de préciser par les seules ressources de la clinique l'étendue exacte et la topographie des lésions ; je ne saurais donc en tirer des conclusions en faveur de telle ou telle méthode de traitement.

M. Félizet. — Je suis à la disposition de M. Kirmisson pour lui apprendre ces détails. Je le prie de faire exécuter la radiographie de sa malade ; je ne verrai pas cette radiographie et ferai de mon côté le dessin des lésions, qui sera, vous le verrez, concordant avec le résultat donné par les rayons Röntgen.

M. Kirmisson. — Je répète encore une fois, et ici tout le monde sera, j'en suis sûr, de mon avis, que je ne mets nullement en doute la parole de M. Félizet, et que je veux bien croire les assertions qu'il avance, mais je lui demande de me donner les éléments de ce diagnostic qu'il sait si bien faire.

M. Félizet. — Je ne veux de tout cela retenir que l'engagement que prend, je l'espère du moins, M. Kirmisson, de faire la radiographie. Je viens de lui promettre d'examiner sa malade avec lui et de lui faire un croquis anatomo-pathologique. Notre savant collègue connait assez de choses que j'ignore pour que je sois excusé de m'offrir avec empressement le plaisir de lui apprendre une chose qu'il ne sait pas.

M. V. Ménard (de Berck-sur-Mer). — J'ai été heureux de voir la communication très intéressante de M. Nélaton provoquer une discussion nouvelle devant vous sur la résection de la hanche dans la coxalgie tuberculeuse.

Vous avez entendu soutenir deux opinions opposées. M. Félizet résèque souvent; il résèque déjà avant les abcès dès que la coxalgie offre quelque gravité clinique; à plus forte raison, je pense, résèque-t-il dans la coxalgie fistuleuse.

Au contraire, pour M. Kirmisson, les moyens conservateurs suffisent presque toujours, sinon toujours; la résection doit par conséquent être rejetée.

Un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels M. Nélaton lui-même se compte, sont hésitants, trouvent bien l'indication de la résection, mais redoutent sa gravité et sont peu fixés sur ses résultats.

En ce qui me concerne, je pense que la résection de la hanche dans la coxalgie a été déconsidérée à la suite de l'abus intolérable des chirurgiens étrangers, qui, la prenant pour un traitement radical, l'ont appliquée aveuglément dans toutes les formes, à toutes les périodes de la maladie, surtout au début. Comme cette pratique, qui ressemblait à de l'expérimentation sur les malades, a causé des désillusions, les mêmes chirurgiens qui réséquaient d'abord tous les coxalgiques ont ensuite renoncé à en réséquer aucun. Ils en sont venus à s'étonner, paraît-il, que l'idée de la résection de la hanche ait pu survivre dans l'esprit de quelques-uns.

Pour moi, cette déconsidération, suite d'une pratique irraisonnée, n'équivaut nullement à une condamnation définitive. Je crois fermement que la résection de la hanche reprendra sa place dans le groupe des moyens chirurgicaux par lesquels nous nous efforçons de modifier la marche de la coxalgie grave.

Bien que j'aie constamment sous les yeux le tableau infiniment varié de 140 à 150 coxalgiques et que j'aie eu à suivre et à soigner, rien qu'à l'hôpital maritime, plus de mille coxalgiques, dont beaucoup avaient été auparavant traités par différentes méthodes, et spécialement par la résection, je suis loin d'être prêt à exprimer une opinion définitivement arrêtée dans la discussion actuelle.

Si les grandes difficultés du traitement sont bien reconnues, les moyens de les surmonter actuellement à notre disposition sont tous imparfaits ou insuffisants dans nombre de cas, et on discutera longtemps encore sur leur choix en attendant un moyen réellement curatif de la tuberculose.

Les indications de la résection de la hanche, telles que je les comprends à l'heure actuelle, viennent d'être exposées par un de

mes élèves, M. Guibal, dans les numéros du 22 et du 25 novembre 1899 de la *Presse médicale*; cela me dispensera de certains détails dans l'exposé qui va suivre.

Comme tout le monde, je m'applique au début de la coxalgie à ralentir, sinon à arrêter, la marche envahissante de l'affection tuberculeuse, en assurant le repos de la hanche par des moyens variés : tantôt décubitus dorsal avec ou sans extension continue, associé avec les promenades au grand air au bord de la mer ; tantôt application d'appareils plâtrés qui permettent à un certain nombre de malades de marcher sans béquilles au lieu de rester confinés dans leur lit à l'intérieur des salles de l'hôpital. Le choix de tel ou tel moyen peut dépendre aussi de l'âge, de l'état social, des associations tuberculeuses.

Les moyens conservateurs constituent pour moi le seul traitement aussi longtemps que la coxalgie reste sèche.

La douleur, dont M. Félizet tient grand compte, n'a pas été pour moi une raison suffisante de pratiquer la résection. Il convient du reste de rappeler la distinction, très nette cliniquement, entre la douleur de la coxalgie au début, peu vive le plus souvent et vite calmée par le repos, et la douleur violente et persistante qui survient souvent à une période plus avancée, surtout chez les malades qui marchent, douleur qui n'est calmée, à ma connaissance, par aucun moyen conservateur autre que l'appareil plâtré, bien long, allant de la poitrine jusqu'au pied. Le soulagement est au reste instantané dans ce dernier cas. Mais cette douleur tardive, d'une violence intolérable, qui se réveille si on enlève l'appareil, est très souvent le présage d'un abcès, qui apparaîtra six semaines, six mois, un an plus tard.

Ollier admet la résection dans cette circonstance. « La persistance des douleurs, dit-il, indique des foyers intra-osseux que la résection seule pourra supprimer. »

Je ne crois pas que la douleur indique en quoi que ce soit des lésions spéciales intra-osseuses, mais elle indique un état de tension intra-cellulaire et fait prévoir l'apparition à l'extérieur du diverticule tuberculeux qui en est la conséquence, je veux dire de l'abcès.

Jusqu'ici, je n'ai pas admis cette indication de réséquer la hanche. On parvient toujours à calmer presque instantanément les douleurs les plus vives par les grands appareils plâtrés. Ces appareils sont maintenus et renouvelés pendant six mois, un an, ou davantage, en attendant l'abcès, qui manque rarement de venir, ou la guérison. Cette longue attente justifierait-elle l'intervention, comme le pense Ollier?

Sans discuter cette question, je l'ai jusqu'ici résolue par la négative : j'attends l'apparition de l'abcès.

Celui-ci n'est pas toujours, il s'en faut, précédé par la douleur. La douleur survient exceptionnellement chez les malades au repos. Aucun moyen immobilisateur ne préserve à coup sûr de l'abcès; mais le repos de la hanche, d'une manière générale, le rend, sans aucun doute, plus rare.

La proportion des coxalgies compliquées d'abcès est considérable. Je ne puis préciser par des chiffres, parce que rarement je puis suivre les coxalgiques de l'hôpital jusqu'au terme de leur maladie. Mais je ne crois pas exagérer en disant que l'abcès, précoce ou tardif, survient dans environ la moitié des cas chez nos malades pauvres, souvent traités d'une manière intermittente.

Tout comme M. Kirmisson et, je crois, comme plusieurs chirurgiens de notre pays, je traite les abcès de la coxalgie par les injections modificatrices. J'ai employé successivement l'éther iodoformé, le naphtol camphré, le salol camphré, et depuis deux ans le thymol camphré. L'éther iodoformé provoque des douleurs vives et a quelques autres inconvénients. Le naphtol camphré, qui jouit d'une grande efficacité curative, produit de temps à autre, même à très faible dose, des accidents toxiques graves. Je l'ai abandonné définitivement pour cette raison. Le salol camphré est un liquide peu stable. Je suis très satisfait de l'usage du thymol camphré. A peu près aussi efficace que le naphtol camphré, il n'est ni toxique ni douloureux.

Je pense qu'on obtient des succès nombreux avec chacun de ces liquides modificateurs. Ce n'est pas le lieu d'insister sur leur choix.

D'après ma statistique d'hôpital, qui comprend plus de deux cents cas d'abcès de coxalgie, la méthode des injections, traitée un peu légèrement par M. Félizet, a procuré soixante-quinze succès sur cent.

Les abcès précoces peuvent guérir vite, mais assez souvent ils résistent un certain temps. D'une manière générale, plus la coxalgie est ancienne, autrement dit plus l'abcès est tardif, plus le succès est facile et rapide. C'est que la hanche est alors en partie réparée et que le point de départ de l'abcès est localisé sur un point de la hanche, circonscrit par la cicatrice de réparation. Un gros, très gros abcès, guérit souvent avec plus de facilité qu'un plus petit. Le volume est presque indifférent, pourvu que la peau ne soit pas amincie sur la collection.

A côté des guérisons restent les insuccès, 25 p. 100, qui sont de deux sortes : l'abcès peut se fistuliser malgré les plus grandes précautions; d'autres fois, par suite d'une difficulté ou d'une faute de technique; ou bien, sans tendance à l'ouverture, il persiste indéfiniment, un an et même deux ans sans guérir, ou bien il

reparaît une et deux fois après des périodes de guérison apparente.

Quelle conduite faut-il tenir ? Doit-on, dans un cas, assister passivement à l'établissement de la fistule, à la transformation de la coxalgie aseptique en coxalgie suppurée? Dans l'autre cas, convient-il d'attendre toujours?

Après avoir longtemps hésité sur le parti à prendre, j'ai tenté dans les deux cas, fistule imminente, abcès rebelle aux injections, la cure opératoire de la coxalgie déjà modifiée par les injections.

J'ai fait une résection économique de la hanche en enlevant seulement la tête fémorale et une partie du col. La cavité articulaire et celle de l'abcès ont été traitées par un curettage le plus complet possible, curettage que j'ai appelé intégral, et qui est suivi d'une réunion par première intention.

J'ai apporté ici, il y a deux ans, huit observations de ce genre : tous mes opérés avaient guéri. Cependant ma communication n'avait, m'a-t-il semblé, convaincu personne.

Je n'en ai pas moins, depuis lors, répété la même opération dans les mêmes circonstances chez quatorze nouveaux malades, ce qui porte à vingt-deux le nombre de mes opérés. Tous ont guéri. Les incidents post-opératoires ont été peu nombreux et sans gravité. Dans le plus grand nombre des cas, la réunion par première intention a été complète et définitive. L'usage des drains, que j'avais cru nécessaire et que j'ai abandonné ensuite, a été suivi chez trois malades d'une fistule qui a duré depuis quelques semaines jusqu'à six mois, mais qui s'est toujours fermée.

Toutes ces observations seront prochainement publiées avec leurs détails.

A ces vingt-deux cas heureux, j'aurais pu ajouter un insuccès. J'ai tenté la résection, avec réunion par première intention, chez un coxalgique fébrile, dont la coxalgie était fermée, et qui portait en outre une tumeur blanche du genou du côté opposé. J'ai échoué : le malade a succombé. Mais la présence de la fièvre aurait dû être une contre-indication à la tentative que j'ai faite. Il s'agit d'un cas à placer à part, à côté des coxalgies infectées.

Tout opérateur, familier avec les opérations sur la hanche, obtiendra les succès faciles que j'ai obtenus et qu'aucun autre moyen à ma connaissance ne m'aurait procurés.

Il importe de noter que non seulement je n'ai pas transformé la coxalgie fermée en coxalgie ouverte, mais que j'ai évité cette transformation, imminente dans une partie de mes cas, présumable dans les autres.

En un mot, l'abcès rebelle aux injections, soit par sa persistance, soit par le danger imminent de la fistulisation, est devenu pour

moi une complication justifiant la résection de la hanche suivant un manuel spécial, terminée par une réunion complète.

La gravité d'une fistule dans la coxalgie est très variable.

Sans parler de la fistule temporaire, qui se fait par le trajet du trocart au cours d'une série d'injections, et qui souvent se ferme en quelques semaines moyennant des soins convenables, nombre de fois une fistule persistante donne peu d'écoulement, n'occasionne ni douleur ni fièvre. L'infection de la hanche est nulle ou de forme légère. Il est permis d'attendre. On immobilisera la hanche. La suppuration peut se tarir au bout d'un temps plus ou moins long. Si elle persiste des mois, des années, comme on l'observe, on aura quelquefois recours, de guerre lasse, à une intervention partielle.

Souvent la suppuration est abondante et cause une fièvre menaçante pour la santé générale. Les trajets sont irréguliers. Si la fièvre se calme, elle reparaît plus tard à l'occasion d'une rétention de pus. Un nouvel abcès se forme. Les fistules se multiplient. La suppuration persiste avec la fièvre et, si l'on attend, le foie et le rein s'altèrent, on arrive à un état incurable. Cette marche est trop connue, je n'insiste pas.

Sans doute, quelques malades, surtout des enfants jeunes, de deux à cinq ans, peuvent guérir d'une et même de plusieurs fistules graves, sans aucun traitement local. Cette guérison devient moins fréquente à mesure que l'âge est plus avancé.

En tout cas, je doute que l'expectation seule, l'immobilisation de la hanche seule, procure une proportion satisfaisante de guérisons.

C'est surtout, je crois, à propos de la coxalgie fistuleuse un peu grave, celle qui ne permet pas sans danger une longue expectation, qu'il importerait de fixer le moyen de traitement le plus favorable.

En arrivant à Berck, il y a huit ans, je me trouvai en présence d'une cinquantaine de coxalgies fistuleuses dont vingt pour le moins dans un état désespéré, avec un foie énorme et de l'albuminurie.

J'étais venu avec l'idée, enseignée à Paris, et que je croyais bien définitivement arrêtée, de ne jamais ou presque jamais pratiquer la résection de la hanche, opération grave et de faible espoir.

J'eus donc recours aux moyens conservateurs, aux injections antiseptiques et au drainage.

Les injections, quelles qu'elles soient, pénètrent rarement dans la hanche elle-même; elles entrent par un orifice, sortent par un autre et passent loin de l'articulation. C'est à peu près la règle.

J'ai employé plus récémment l'eau oxygénée, dont le mode d'action rappelle celui de ce que M. Kermisson appelle l'upsileur. Quelques grammes de liquide sont introduits et maintenus dans un orifice. On voit au bout de quelques instants le gaz qui se dégage apparaître aux autres orifices et souvent, grâce à une technique facile, apparaître à tous les orifices fistuleux, ou peu s'en faut. Cette méthode d'injection semble plus capable de nettoyer les trajets irréguliers. Elle m'a rendu des services, dans quelques cas seulement.

Chez beaucoup de malades, les injections provoquent de violents accès de fièvre; il faut pour cette raison y renoncer.

Chez la plupart, elles ne modifient pas sensiblement la suppuration. Quelquefois elles provoquent des poussées inflammatoires.

D'une manière générale, c'est un moyen infidèle, assez souvent nuisible, souvent de nul effet, parfois très utile. Cette dernière éventualité est difficile à prédire.

A propos du drainage, je voudrais qu'il fût bien défini. Le drain qui passe d'un bout à l'autre d'un abcès plus ou moins superficiel est loin de la hanche. On peut draîner, en cul-de-sac ou en tunnel, un, deux, trois abcès autour de la hanche, dont la cavité reste un clapier de pus et de fongosité.

D'un autre côté, faire passer un drain à travers la hanche est un acte opératoire d'une certaine importance et d'une certaine difficulté. En tout cas, le plus souvent, le drain ne pourrait suivre le trajet naturel qui va de l'abcès à l'articulation, le trajet de la fistule, que moyennant une incision plus ou moins large de l'abcès ou de la fistule. Encore arrive-t-il, en général, que le drain suit non pas le trajet fistuleux, mais un trajet nouveau à travers les tissus sains, dans une partie au moins de sa longueur.

Si l'on draine en tunnel une seule fistule, on ajoute un deuxième orifice à celui qui préexistait.

Dans ma pratique, le drainage autour de la hanche, en tunnel ou en cul-de-sac, m'a donné peu d'avantages. Peut-être m'en suis-je mal servi? mais alors, je ne demande qu'à apprendre avec précision la technique favorable.

Quant au curettage, je n'en comprends l'usage que s'il est poursuivi dans la direction de la hanche et jusqu'à la hanche. Dès lors il se confond avec la résection économique, sur laquelle je reviendrai.

Loin de moi la pensée de contester les succès obtenus par les moyens dits conservateurs. Tous les traitements, et même l'abstention de tout traitement actif, procurent une certaine proportion de guérisons.

Si j'ai été amené à pratiquer, timidement d'abord, plus largement dans la suite, la résection de la hanche, c'est après avoir longtemps éprouvé l'impuissance des injections et du drainage par les tubes de caoutchouc.

Pour moi, la suppuration qui menace par son abondance, par sa durée, par la fièvre qui l'accompagne, par les poussées qui interviennent et annoncent de nouveaux abcès mixtes et de nouvelles fistules, devient une indication formelle de réséquer.

Si j'en crois ma pratique, qui est très étendue, puisque M. Guibal a relevé 138 résections pour la coxalgie fistuleuse, les suites opératoires sont généralement heureuses et relativement simples, à la condition que la suppuration fistuleuse soit assez récente, ne date que de quelques semaines, de deux ou trois mois; elles sont au contraire très laborieuses et d'une issue plus incertaine dans le cas d'une suppuration ancienne, complexe, multifistuleuse, qui a sclérosé la région de la hanche.

Toute opération conservatrice échoue si le malade est albuminurique.

J'ai dit ailleurs qu'en laissant une coxalgie simple, aseptique, se transformer en coxalgie associée septique, c'est-à-dire fistuleuse, on commet une première faute, et qu'on en commet une deuxième en laissant la suppuration fistuleuse s'invétérer et se compliquer.

Par cette formule, je veux indiquer que si l'on prétend tirer profit de la résection, il ne faut pas attendre que le malade soit devenu par avance presque inapte à toute réparation.

M. Félizet pratique la résection sous-trochantérienne. La vue des pièces qu'il nous a présentées il y a huit jours ne m'a pas convaincu de l'utilité de cette mutilation.

Je ne saurais, comme M. Félizet, établir d'avance, par la clinique, le tableau anatomo-pathologique de la coxalgie avec les caractères propres à chaque malade. Je ne prévois pas la présence du séquestre, que j'ai rencontré dans le quart environ de mes résections. Je ne prévois pas non plus en général la perforation du cotyle ni les petits foyers intrapelviens qui sont si fréquents. Mais je sais, à la suite de nombreuses opérations, que les altérations du cotyle sont de beaucoup les plus graves et les plus complexes dans la coxalgie grave, la seule que j'envisage. Ces séquestres, ces perforations, qui ouvrent la voie aux collections intrapelviennes, les nids tuberculeux, creusés profondément dans les masses spongieuses de l'ilium, du pubis ou de l'ischion, constituent les particularités les plus graves de la coxalgie. On ne les constate qu'à l'examen direct.

Les altérations de la tête et du col du fémur sont de moindre

gravité. Très rarement elles dépassent les limites du col. Si l'on supprime la moitié et surtout la totalité du col, on atteint et même on dépasse les limites de la portion osseuse à supprimer.

La résection sous-trochantérienne ouvre sans doute un accès plus large pour voir et traiter le cotyle, mais elle n'est nullement indispensable même à ce point de vue et elle offre l'inconvénient sérieux d'augmenter le raccourcissement. J'ai déjà décrit mon procédé opératoire et j'y suis encore revenu au dernier Congrès français de chirurgie. Inutile de me répéter une fois de plus.

Il suffit de rappeler que la résection de la coxalgie infectée ne doit être considérée, telle que je la comprends et la pratique, que comme un moyen de drainage. C'est un drainage direct et largement établi.

En général, je ne pratique aucune réunion; je laisse la plaie, qui est de préférence placée en avant, par exception en arrière, complètement ouverte. Je remplis le cotyle et la plaie des parties molles de gaze iodoformée. Ce pansement est renouvelé tous les huit jours en moyenne. Les réunions partielles offrent peu d'avantages, surtout chez les malades gravement atteints. Le danger de la reproduction des fongosités sous la cicatrice jeune fait négliger le mince bénéfice qu'il peut y avoir à rétrécir primitivement la plaie.

Dans la coxalgie infectieuse, je laisse la plaie de résection tout entière se rétrécir secondairement sous mes yeux. On peut l'inspecter, la modifier par des caustiques légers à chaque pansement. Par cette méthode, j'évite très généralement les abcès secondaires, la repullulation des fongosités.

La guérison est obtenue dans un délai de deux à cinq mois en général pour la coxalgie récemment fistuleuse. La durée de la réparation se prolonge beaucoup plus dans les cas de suppuration ancienne et complexe.

Les objections que l'on oppose à la pratique de la résection de la hanche visent naturellement les résultats.

La première a trait au choc opératoire. C'est une complication réelle, qui peut être grave, qui le serait souvent entre des mains inexpérimentées.

L'opération doit être exécutée rapidement. La durée, dans le cas de coxalgie fistuleuse, est souvent réduite à cinq, à dix minutes. Elle dépasse exceptionnellement un quart d'heure. Elle est plus longue lorsqu'il s'agit de la coxalgie aseptique, à cause du soin minutieux apporté au curettage; elle atteint alors trente et même quarante minutes. En prolongeant l'opération, on aggrave le choc. La perte de sang est faible, le plus souvent, presque insignifiante.

Le choc opératoire est beaucoup plus à craindre dans la coxalgie septique que dans la coxalgie fermée. Dans ce dernier cas, je ne l'ai pas vu prendre une forme menaçante.

Depuis que je pratique une injection de sérum de 400 à 600 grammes à la fin de l'opération pendant le pansement, l'importance du choc opératoire a diminué de beaucoup.

Dans le groupe de mes soixante-quatorze derniers opérés, je n'ai eu qu'un seul décès par choc, bien que certains malades fussent d'avance dans un état grave.

Une seconde objection concerne les résultats orthopédiques, meilleurs, dit-on, dans la coxalgie guérie sans opération. Tout d'abord, il faut convenir qu'on ne peut justement établir une comparaison directe entre les résultats orthopédiques de la résection et ceux de la méthode conservatrice en générale.

Il faut mettre d'un côté les cas de coxalgie bénigne et d'un autre côté ceux de coxalgie grave; parmi ceux-ci, examiner ce que donne la conservation et la résection.

Je me crois en droit d'avancer que les résultats orthopédiques dépendent, en très grande partie, des soins donnés après l'opération. Le grand trochanter est libéré de ses attaches musculaires. Par l'immobilisation associée avec l'extension continue je suis arrivé à obtenir dans la résection aseptique un raccourcissement nul ou insignifiant de 1, 2, 3 centimètres au plus. Lorsqu'il s'agit de la résection à plaie ouverte, le raccourcissement peut être tout aussi peu étendu, et il l'est le plus souvent, lorsqu'il s'agit de la coxalgie assez récemment fistuleuse, dont la réparation se fait sans trop de difficulté. D'une manière générale, toutes les fois que la guérison complète ou la réduction à une fistulette sont obtenues en trois à six mois sans nouvelle intervention, la longueur et l'attitude du membre sont très satisfaisantes. Ce sont les cas de beaucoup les plus fréquents parmi mes opérés.

Au contraire, le résultat orthopédique peut laisser à désirer lorsque les suites opératoires ont été laborieuses, surtout lorsqu'on a dû faire une deuxième fois un drainage ou une régularisation des fistules. Toutefois, l'inutilité du membre pour la marche est une exception très rare. La guérison obtenue, on parvient presque toujours à donner, même au prix d'un redressement tardif, une position convenable au membre opéré. La marche devient plus ou moins régulière, plus ou moins facile, mais en somme solide et, à la longue, très pratique, avec ou sans canne.

Je ne suis pas fixé sur l'arrêt de croissance du fémur et du tibia du côté malade après la résection de la hanche. En tout cas, le fait n'est nullement spécial aux coxalgies opérées. Le retard de la croissance en longueur est un caractère à peu près général sur les

os du membre coxalgique, il prend exceptionnellement une proportion grave, 3, 4, 6 centimètres.

Cependant j'en ai vu plusieurs exemples en dehors de tout acte opératoire.

En ce qui regarde le point essentiel, les proportions des guérisons après la résection de la hanche, je ne suis pas prêt à exposer aujourd'hui ma statistique hospitalière complète. Je suis décidé à la réunir intégralement et à la publier avec tous les détails recueillis. Toutes les notes de mes opérés sont conservées pendant leur séjour à l'hôpital maritime. Je n'ai pu examiner ces jours-ci que les éléments d'observations qui se rapportent à mes soixante-quatorze derniers opérés à l'hôpital.

Dans ce nombre sont vingt-deux résections aseptiques, avec réunion par première intention. Tous ont guéri, comme je l'ai dit précédemment.

Parmi les cinquante-deux résections se rapportant à la coxalgie infectée, il y a eu un seul cas de mort par choc opératoire. J'ai déjà fait allusion à ce malade qui était fébrile et portait, en outre de sa coxalgie, une arthrite tuberculeuse du genou du côté opposé.

Quatre réséqués, anciens fistuleux, dont l'un, âgé de dix-neuf ans, suppurait depuis près de dix ans, ont succombé à la septicémie chronique, plusieurs mois après l'opération.

Deux sont morts à la suite d'une désarticulation de la hanche faite secondairement à la période d'albuminurie.

Un dernier est décédé après un drainage, fait aussi consécutivement, chez un enfant très affaibli.

Cela fait un total de huit décès sur cinquante-deux opérés pour coxalgie fistuleuse.

J'ajoute que deux autres désarticulations secondaires de la hanche ont été suivies de guérison.

Presque tous les réséqués qui ont succombé suppuraient depuis longtemps et pour eux la guérison ou l'amélioration spontanée paraissaient tout à fait improbable.

On parle rarement de généralisation tuberculeuse et spécialement de méningite tuberculeuse post-opératoire. Il ne s'est produit aucun cas de méningite dans la série de réséqués dont je parle, tandis que dans le même temps plusieurs coxalgiques non opérés sont morts de cette affection; entre autres, deux malades pour lesquels je m'étais fait autoriser à intervenir ont été pris de méningite cette année avant l'opération.

Je ne pense pas que les réséqués soient plus que les non opérés exposés à la méningite.

Quoi qu'il en soit, je me crois autorisé à dire que la résection

de la hanche pratiquée économiquement, comme il convient, pratiquée en temps opportun, offre une certaine gravité, qu'elle doit être faite avec la rapidité convenable et que les soins consécutifs, pansements, appareils d'extension et d'immobilisation doivent être surveillés avec grand soin.

Mais en somme j'estime que la résection de la hanche ne peut pas être accusée d'augmenter la mortalité générale de la coxalgie. Pour serrer de plus près la question, il faudrait que chacun apportât de son côté sa statistique intégrale de coxalgies fistuleuses, quel que soient les moyens de traitement préférés. Il faudrait plusieurs longues séries de faits pour emporter les convictions.

Il me paraît tout à fait évident que la résection de la hanche permet d'obtenir la guérison dans un certain nombre de cas, contre lesquels les autres moyens sont impuissants, et qu'elle arrête la marche aggravante de la maladie chez beaucoup de coxalgiques.

Je suis tout prêt, quant à moi, à modifier ma manière actuelle d'envisager ce sujet, et à rétrécir le champ des indications opératoires, si l'on m'en donne des raisons claires.

Sur un seul point, je me crois en droit d'être fixé, je veux dire sur la résection aseptique, pratiquée dans les conditions spéciales que j'ai déterminées. Comme je n'ai obtenu que des succès, et des succès faciles, je me crois autorisé à continuer dans la même voie, mais sans l'élargir sensiblement.

Un dernier mot sur les caractères des guérisons post-opératoires.

On doit protéger les malades contre la récidive pendant une très longue période. Le membre doit être maintenu dans une position correcte pendant dix-huit mois, deux ans et même plus à l'aide d'appareils convenables, plâtrés ou autres. La marche à béquilles ne doit être autorisée que quelques mois après la guérison. La marche sans appui, au bout de dix-huit mois ou même davantage.

Au prix de ces précautions on évitera presque toutes les récidives et aussi les déviations consécutives du membre qui peuvent être observées chez les opérés qui n'ont pas été suivis avec assez de persistance.

M. Kirmisson. — M. Ménard vient de nous dire qu'il n'attache pas une grande importance à la nature de la substance employée dans les injections modificatrices faites contre la tuberculose; il ajoute qu'il est souvent difficile de faire pénétrer le liquide jusque dans l'articulation. Je ne saurais partager sa manière de voir. L'iodoforme me paraît avoir une supériorité incontestable sur

tous les autres agents modificateurs ; quant à l'éther comme véhicule, il a précisément pour avantage de porter l'iodoforme jusque dans les recoins les plus éloignés de l'articulation, grâce à sa volatilisation.

Sur un autre point, je suis absolument d'accord avec M. Ménard. Oui, les larges abcès, bien collectés, sont souvent beaucoup plus favorables à la méthode des injections modificatrices que les petits abcès renfermant un magma caséeux. De même aussi, les abcès qui surviennent au bout de plusieurs années, ceux que j'ai appelés les abcès résiduaux de la coxalgie et du mal de Pott, ont un pronostic beaucoup plus favorable que les abcès qui surviennent à une période rapprochée du début.

M. Ménard. — M. Kirmisson ne m'a pas bien compris ; je parlais de la coxalgie fistuleuse.

M. Kirmisson — Il n'en est pas question ici, cela est évident.

M. Ménard. — Quant aux modifications de l'articulation, je maintiens que quel que soit le liquide, on arrive à les obtenir.

M. Félizet. — Je vous présente quatre enfants âgés de onze, dix, six et cinq ans, qui ont subi la résection de la hanche et qui marchent au moyen de l'appareil construit par M. Quatrebard, orthopédiste des hôpitaux.

Je vous décrirai prochainement un appareil dont le poids est très léger, 1.300 grammes en moyenne, et vous verrez avec quelle simplicité il réalise l'extension des membres, avec le point d'appui sur l'ischion.

Je vous présente en même temps un appareil très rudimentaire et très utile pour la marche des coxalgiques, opérés ou non ; c'est une béquille à laquelle s'insère une courroie faisant croupière. Le membre étant engagé dans l'anse, c'est sur l'ischion que porte la plus grande partie du poids du corps. Pendant la marche, la pression de la crosse sur l'aisselle est faible, au grand avantage du plexus brachial, qui échappe à la compression.

M. Kirmisson. — Le résultat orthopédique laisse beaucoup à désirer chez les petits malades qui viennent de nous être présentés par M. Félizet. Notre collégue a contesté la guérison de la petite malade que je vous ai montrée dans la dernière séance. Il m'a demandé de vous la présenter de nouveau dans quelque temps et j'en ai pris l'engagement. A mon tour, je lui demande de nous remontrer ses malades dans sept ou huit ans. Ces enfants, âgés

aujourd'hui de six à huit ans, en auront alors quinze ou seize; chez eux, le résultat fonctionnel sera beaucoup plus mauvais qu'aujourd'hui, parce que le raccourcissement se sera exagéré avec les années.

M. Félizet. — Mes malades seront à votre disposition.

Rapport.

Sur un cas de pneumatocèle du crâne, communiqué à la Société par MM. les Drs Malapert (de Poitiers) et Gobillot (de la Trimouille).

Rapport par M. PAUL BERGER.

Les observations de pneumatocèle du crâne sont si rares que celle que nous a communiquée M. le Dr Malapert, en son nom et en celui du Dr Gobillot, mérite d'être reproduite en entier dans nos Bulletins : elle présente d'ailleurs plusieurs particularités exceptionnelles qui en augmentent encore l'intérêt. Voici le cas dont il s'agit :

Le malade, âgé de quarante-quatre ans, bien portant et vigoureux d'ailleurs, exerce la profession de forgeron. Il ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire; il a trois enfants vivants et en bonne santé, quoique sa femme soit morte de tuberculisation pulmonaire.

En 1890 il a eu une pleurésie dont il a bien guéri. En 1892, au mois de décembre, le malade a éprouvé des douleurs extrêmement intenses et très rebelles étendues à toute la moitié droite de la tête.

Au mois de mars 1893 apparut au cou et à la région mastoïdienne droite un gonflement inflammatoire qui s'étendit jusqu'à la partie supérieure du crâne.

Ce gonflement, qui se reproduisit à plusieurs reprises, fut suivi d'abondantes évacuations par le conduit auditif externe d'un liquide purulent, parfois sanguinolent.

Quelque temps après ces écoulements purulents par l'oreille droite apparut à la région où siège actuellement la tumeur une tuméfaction qui s'étendit même, au dire du malade, jusqu'à la partie supérieure du crâne et qui, prise par un médecin pour un abcès, fut incisée.

L'incision amena l'affaissement de la tumeur, mais il ne s'écoula que du sang, et, aussitôt que la plaie fut guérie, la tumeur se reproduisit. Cependant, après plusieurs incisions, la tumeur diminua un peu de volume et conserva celui qu'elle présente actuellement. Jamais les

incisions ne donnèrent de pus; il s'en écoula pendant assez longtemps par l'oreille.

Actuellement le malade présente au-dessus de l'oreille droite une tumeur présentant dans son diamètre horizontal 10 centimètres et dans son diamètre vertical 5 à 6 centimètres.

Cette tumeur, molle à la pression, sonore à la percussion, se laisse déprimer et finit même par se réduire complètement en produisant une sensation de crépitation dans l'oreille du malade. Il sent d'ailleurs, au moment où il réduit cette tumeur, l'air qu'elle renferme s'échapper par le conduit auditif externe. Même lorsque la réduction est brusque elle produit un bruit perceptible à distance.

Après avoir été réduite, la tumeur reprend son volume habituel lorsque le malade se mouche. Alors on voit la tumeur se gonfler par poussées successives. La nuit, la tumeur reste réduite et ne se montre au réveil qu'après quelques efforts.

La peau qui recouvre la tumeur est normale mais semble comme plissée quand la tumeur est réduite et alors on sent la paroi osseuse du crâne, dénudée et présentant une série de rugosités séparées par des sillons assez profonds.

Cette tumeur est indolore et réveille seulement une légère douleur par la pression au niveau de sa partie antérieure.

L'ouïe du côté droit est affaiblie mais présente une particularité assez spéciale; tandis que le bruit d'une montre est perçu à 25 centimètres quand la tumeur est gonflée, il ne l'est plus qu'à 10 centimètres quand la tumeur est réduite.

De plus le malade perçoit des bruits subjectifs intermittents dans l'oreille droite, à peine accusés quand la poche est gonflée, beaucoup plus accentués dans l'état de vacuité de la tumeur.

Si on refoule de l'air par la trompe, on peut faire apparaître la tumeur.

Le tympan est scléreux et ne présente pas de reflet lumineux. Il est vrai qu'il y a peu de différence avec la membrane du tympan gauche.

Le siège de la perforation osseuse semble ne pas être dans les cellules mastoïdiennes mais bien dans l'attique. De plus, il doit y avoir deux orifices, un en arrière de la membrane du tympan, par lequel l'air pénètre dans la cavité de la tumeur, l'autre en dehors, par lequel l'air est chassé de cette cavité.

On voit que M. Malapert a eu affaire à une pneumatocèle typique développée probablement à la suite d'une otite moyenne suppurée; le fait n'a rien qui doive surprendre, et l'interprétation pathogénique semble si naturelle qu'au premier abord on serait tenté de croire qu'un certain nombre des pneumatocèles dont l'histoire nous a été conservée doivent reconnaître une semblable origine. L'infection des cavités auditives amènerait la production d'une nécrose limitée de leurs parois osseuses, vers leur surface externe, probablement au niveau de l'antre ou des cellules mastoïdiennes;

l'air pénétrant dans ces cavités, au moment des efforts, serait chassé au travers de la petite perforation et, décollant le périoste, viendrait former dans les parties molles la tumeur gazeuse. Un mécanisme analogue a été invoqué pour expliquer le développement des pneumatocèles aux dépens d'une lésion du sinus frontal; le mémoire de M. Louis Thomas sur ce sujet renferme deux observations où la tumeur gazeuse s'était développée à la suite d'une affection inflammatoire de ce sinus.

Il est donc très étrange de constater que cette pathogénie, si rationnelle, n'a pas été signalée dans les cas assez nombreux où le point de départ des pneumatocèles paraissait être une perforation de la paroi mastoïdienne, et, si l'on en croit les auteurs de ces observations, à part les cas où le traumatisme aurait joué un rôle déterminant dans la production de la perforation, la déhiscence des cavités mastoïdiennes aurait été due le plus souvent à un processus spontané sur la nature duquel on ne peut présenter que des hypothèses. Toute la casuistique de la pneumatocèle serait certainement à revoir avec soin à ce point de vue; de même que dans les faits qui se présenteront à l'avenir, il faudra s'enquérir avec soin des affections, mêmes passagères, de l'appareil auditif qui auront pu précéder de très loin l'apparition de la tumeur. On conçoit en effet très bien que la distension gazeuse des enveloppes du crâne puisse ne se produire qu'un certain temps après que s'est faite la perte de substance osseuse. Mais ce qui est plus singulier encore, c'est que chez le malade de M. Malapert la région mastoïdienne paraissait être indemne et que c'était au niveau de l'attique que semblait s'être faite la perforation. Ce n'est qu'une hypothèse de l'observateur, mais elle était rendue vraisemblable par l'examen direct de la région et par ce fait que le tympan étant scléreux et ne présentant pas de perforation appréciable, la tumeur communiquait à la fois avec la trompe d'Eustache, par laquelle on pouvait l'insuffler, et avec le conduit auditif externe, par où s'échappait l'air quand on la vidait par la pression. C'est le premier exemple qui soit connu de ce siège présenté par la perforation osseuse dans un cas de pneumatocèle; il est vrai que dans la majorité des observations on en est réduit à des suppositions sur ce point.

Parmi les symptômes particuliers perçus par le malade de MM. Malapert et Gobillot, nous relèverons seulement l'amélioration des perceptions auditives produites par la réplétion gazeuse de la tumeur; le bruit de la montre était entendu à 25 centimètres quand la tumeur était pleine, à 10 centimètres seulement quand elle était vide d'air; la pneumatocèle paraissait jouer ici le rôle de caisse de résonnance.

M. Malapert nous demande conseil sur la conduite à tenir pour obtenir la guérison de son malade : la ponction, suivie de compression (Denonvilliers), peut assurément être tentée, mais ce serait se faire illusion que de compter beaucoup sur l'emploi de ce moyen dans un cas déjà fort ancien. L'incision aurait-elle plus de chances de réussir ? On ne pourrait l'affirmer ; on a du reste eu déjà recours à des incisions chez ce malade et elles sont restées sans effet ; il est vrai qu'on ne saurait affirmer que les incisions qui ont été faites sur cette tumeur aient pénétré jusque dans sa cavité ; il ne semble pas qu'elles aient donné passage à l'air que celle-ci contenait. Il nous semble que la meilleure conduite à tenir serait d'inciser largement la tumeur, de déterminer le siège de la perforation et, s'il était possible, de fermer celle-ci par une opération ostéoplastique dont le résultat serait assuré par la compression. Mais on sait que dans la plupart des cas où l'incision a été faite, on n'a pas pu découvrir le siège de la perforation ou des perforations, peut-être très multiples et dans tous les cas très petites et masquées par les rugosités que présente la paroi cranienne au niveau de la lésion. Dans ces conditions, l'incision, suivie de la rugination de la surface osseuse altérée, est la pratique qui semble avoir donné le plus grand nombre de succès.

Communication.

Étude clinique et radiographique sur la réduction des fractures,

par M. TUFFIER.

La présente note est tirée d'une étude sur les fractures, commencée il y a dix-huit mois dans mon service de la Pitié et poursuivie à Lariboisière sur un champ d'observation plus vaste. — Elle a consisté à radiographier avec M. Dagincourt, qui a mis son expérience à ma disposition, les fractures que nous avons examinées. Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons appliqué les rayons X avant et après l'application de l'appareil, de façon à nous rendre un compte exact de ce que fait la réduction, du résultat que donne l'appareil. Plusieurs d'entre elles ont été photographiées après réduction et immobilisation dans le plâtre ou par l'extension continue. Enfin quelques épreuves ont été reprises pendant le traitement. En comparant les résultats radiographiés de la réduction avec les troubles fonctionnels du membre atteint nous avions une base d'appréciation sur l'importance de la réduction parfaite ou imparfaite. Nos examens ont porté ainsi sur quarante-cinq examens.

Des résultats fournis par cette étude, il en est trois que je veux vous signaler : 1° la fréquence de l'irréductibilité des fractures; 2° la technique de la réduction à ciel ouvert avec de nouveaux appareils ; 3° l'inutilité de la réduction *parfaite* des fractures diaphysaires et son importance dans les fractures articulaires. — Enfin, au cours de mes observations, je suis arrivé à élucider quelques points de l'étiologie des *arthrites et périarthrites traumatiques.*

Le premier fait qui m'a frappé, c'est *la fréquence et la ténacité de chevauchement* quel que soit le procédé de réduction employé. J'avais été frappé de ce fait à propos de *certaines fractures épiphysaires du coude;* et, dans un mémoire lu ici même (*Soc. de Chir.* Séance du 10 mai 1893), je vous signalais l'impossibilité absolue de reconstituer la trochlée humérale par des manipulations et des appareils, et même la difficulté extrême de la coaptation des fragments après ouverture chirurgicale de la fracture : les désordres constatés étaient considérables, les fragments enclavés, retournés sur eux-mêmes, difficiles à retrouver et à fixer. Mais je laisse de côté ici cette question des fractures épiphysaires pour ne parler que des fractures des *diaphyses.* Là également la radiographie comme l'opération sanglante nous ont fait constater une irréductibilité fréquente, quelles que soient les manœuvres employées. Voici par exemple une série de fractures traitées par la réduction sous le chloroforme et l'application d'un appareil plâtré. Vous pouvez voir combien le chevauchement est peu corrigé, et cependant plusieurs d'entre elles ont été l'objet de réductions répétées.

Voici deux autres fractures traitées par l'extension continue exactement faite; la radiographie a été prise au moment de la mise de l'appareil, puis un mois plus tard (1).

Je pourrais multiplier ces exemples. Je crois qu'il est exceptionnel de trouver une fracture de jambe, de cuisse ou d'humérus qui, présentant un *chevauchement notable*, ait été réduite parfaitement, réduction vraie, coaptation exacte, réduction constatable directement par les rayons X, au moyen d'un appareil.

Ce qu'il y a de plus désastreux, c'est que la palpation est impuissante à nous faire constater ces désordres. Il se fait, entre l'os proéminent et la diaphyse située en recul, une sorte de talus qui dégrade le ressaut, et, après quelques jours, en promenant le doigt sur le siège de la fracture, on se déclare assez satisfait du résultat obtenu qui semble s'améliorer chaque jour. C'est un trompe-l'œil dont il faut être bien prévenu. Sur une malade que

(1) Ces dessins ont été calqués sur le positif photographique; l'original est à la disposition de nos collègues.

j'ai fait examiner par plusieurs de nos collègues, rien ne révélait de tels déplacements et la réponse était toujours la même : « La réduction est bonne, le raccourcissement est insignifiant, » et cependant le fragment inférieur du péroné était soudé au fragment supérieur du tibia. Lorsque le cal est en voie de formation, il nivelle tout, et, dans cette grosse masse osseuse que le temps se chargera de réduire, il est impossible de retrouver les fragments. Je ne veux pas que ma pensée soit ici mal traduite et je ne demande pas la suppression des appareils ; ils ont sur la *direction* définitive des deux fragments une importance indiscutable et précieuse, surtout sur le déplacement latéral et angulaire, mais ils sont loin de donner une coaptation exacte et le résultat est fort décevant pour les malades pendant leur convalescence. Nous verrons si cette coaptation exacte est nécessaire et doit être recherchée par tous les moyens pour obtenir un bon résultat fonctionnel.

La réduction à ciel ouvert, dans les cas très rares où elle est indiquée, est difficile sans résection des fragments. Elle permet de prendre sur le fait même les causes d'irréductibilité. Sur deux fractures de jambe, une fracture du corps du fémur, deux fractures de l'humérus, je me suis heurté à des obstacles que j'ai pu étudier, et j'ai pu voir que sans résection, sans larges débridements, la coaptation est singulièrement laborieuse. Ce sont les causes de cette difficulté et les moyens d'y remédier que je veux vous exposer. J'ai été de tout temps fort mal impressionné par ces tractions barbares que nous exécutions pour réduire certaines luxations. J'ai toujours été persuadé que ces tractions tiraient sur la peau jusqu'à la rompre, sur les muscles et les ligaments pour les tendre à les faire vibrer, et sur les os très médiocrement. Je trouve que nous avons assez longtemps tiré sur les parties molles et qu'il vaudrait mieux tirer sur le squelette, ce qui est notre but. Dans les fractures, la traction sur les parties molles annule en grande partie notre effort de réduction et rend presque illusoire le maintien de cette réduction. Le plâtre agit à travers une épaisse couche de muscles mobiles. Quand aux saillies osseuses sur lesquelles il porte, il est heureux qu'il n'y exerce pas la pression nécessaire à la réduction car il sphacélerait la peau à leur niveau. J'ai pu m'en rendre compte dans plusieurs circonstances. Dans la réduction d'une fracture du corps du fémur que j'avais mise à nu, avec un chevauchement de 4 centimètres et interposition musculaire, les tractions exercées sur la jambe et le pli de l'aine par deux aides vigoureux ne nous faisaient pas gagner plus d'un centimètre et ne permettaient en rien la coaptation. Sur une autre fracture de

l'humérus que j'opérai à Lariboisière, l'incision me fit constater trois fragments avec interposition fibro-musculaire, et, malgré les tractions les plus vigoureuses sous le chloroforme, la réduction était imparfaite. J'ai eu la même difficulté dans un cas de fracture de jambe (avec 3 fragments) et je suis persuadé que l'étonnement manifesté par mon collègue Potherat sur les résultats si différents de la thyroïdine dans la consolidation des fractures tient uniquement à une différence dans l'anatomie pathologique. Les fractures sans interposition seules guérissent par la thyroïdine. Cette réduction si difficile, les pièces en mains, cette coaptation souvent impossible résultent, disais-je, de dispositions anatomiques, d'engrènement de fragments, de larges disjonctions d'esquilles, d'interpositions fibreuses ou musculaires auxquelles nous ne pouvons rien, mais elle résulte aussi de notre *instrumentation insuffisante*, qu'il est possible de perfectionner.

Pour effectuer cette réduction, il n'y a vraiment qu'un moyen, c'est de prendre point d'appui *sur l'os lui-même*, c'est de tirer *directement* sur les fragments. Il semble que cette vérité s'impose et soit un peu prudhommesque. Je dois dire cependant que cette manœuvre n'est pas préconisée, qu'il s'agisse de fracture ou de luxation. La *traction directe* sur les fragments est donc nécessaire dans les réductions difficiles des fractures ouvertes; mais, pour être efficace, elle doit se faire *suivant l'axe de l'os*, et c'est alors que j'ai trouvé notre arsenal insuffisant. J'ai fait construire pour le compléter des daviers spéciaux que j'ai employés souvent. Ils mordent bien, ils dérapent peu, ils n'endommagent pas les os, leur résistance est suffisante; leur but est la traction *directe, suivant l'axe* du membre.

La réduction obtenue, il faut la maintenir, ce qui est tout aussi difficile. Je me sers pour cela du davier ci-joint, *davier fixateur*, qui tient automatiquement et peut s'incliner à gauche ou à droite sans permettre aux os de se déplacer pendant toute la durée de la suture.

N'allez pas croire que cette *suture* soit chose simple et facile. Les dessins schématiques qui vous représentent dans les livres une jolie suture avec engrènement réciproque, maintenu par un cerclage élégant, sont faits pour égarer la pratique. En fait nous sommes loin de ces résultats parfaits dans l'immense majorité des cas. Voici deux instruments dont je me sers, l'un pour faire une encoche en deux points de la circonférence de l'os, l'autre pour en faire le tour. Le premier n'est qu'un vulgaire *tiers-point chirurgical*. L'autre est une aiguille dont un modèle analogue existait dans le vieil arsenal de Collin et qui aurait été autrefois ébauchée pour Nicaise. C'est une *aiguille à ressort* dont j'ai fait

calculer la résistance et la courbure et qui fait spontanément le tour de l'os sans perdre le contact osseux. Quant à la suture, j'attache une importance au lieu de passage des fils dans l'os. Ils doivent être placés aussi près que possible de la surface fracturée. Nous avons ainsi un fil très court ; or, il me paraît que plus le fil d'argent est long, moins il offre de fixité. Vous pourrez voir d'après les radiographies ci-contre que la suture ainsi pratiquée peut ne pas donner, elle non plus, de coaptation parfaite.

Cette réduction *parfaite* est désirable, mais n'est pas indispensable. Réduction parfaite signifierait engrènement réciproque, réunion suivant une ligne, réduction mathématique, radiographique. Cette coaptation n'est pas nécessaire et à côté de cette réduction radiographique il y a une réductionqui suffit en clinique. Il faut, pour bien établir cette distinction, envisager la réduction des fragments au point de vue du résultat fonctionnel; il faut établir si les troubles fonctionnels sont d'autant plus graves que la réduction est moins parfaite, il faut bien séparer la forme de la fonction. La radiographie fournit encore à cet égard de précieux renseignements. Voici un dessin qui montre une déviation considérable des os, une réduction absolument insuffisante, une absence plus ou moins complète de coaptation, et cependant le malade qui était porteur de cette déviation marchait très bien, sans douleur, sans claudication. Il ne faudrait pas pousser à l'absurde cette thèse et me faire dire que le résultat fonctionnel est d'autant plus parfait que la réduction est plus rudimentaire. Je veux seulement montrer que, pour certaines fractures des os longs, il ne faut pas prendre trop au tragique une réduction imparfaite. La coaptation, tout insuffisante qu'elle est au point de vue radiographique, suffira amplement à rendre au membre toutes ses fonctions. Il est d'autant plus nécessaire d'émettre cette proposition que tous nos fracturés trompent leur ennui en faisant passer leur fracture aux rayons X et s'inquiètent fort de leur réduction imparfaite.

Mais si cette proposition est vraie pour les diaphyses, il n'en est pas de même pour les épiphyses. Les fractures intra-articulaires, surtout celles du coude et celles du genou, demandent, pour le fonctionnement intégral de la jointure, une coaptation exacte, un cal interfragmentaire et non exubérant, et il est de notoriété vulgaire que les fractures des surfaces articulaires du coude laissent des raideurs fréquentes par exubérance du cal avec coaptation imparfaite. Il est une autre articulation dont les fractures sont souvent méconnues : c'est *l'épaule*. Je ne parle pas des fractures du col anatomique, qu'aucun appareil actuellement n'a la prétention de réduire, je parle des fractures partielles de la tête

humérale. Nous avons tous vu un traumatisme de l'épaule sans lésion apparente provoquer une raideur articulaire définitive, raideur étiquetée « arthrite » ou « périarthrite traumatique ». Ces processus existent à coup sûr, mais, sur trois malades dont voici les décalques sur radiographie, le diagnostic posé avait été arthrite ou périarthrite traumatique avec raideur consécutive. Tous trois avaient une fracture méconnue d'une des tubérosités. Il suffit de se rappeler que la régularité de la tête humérale est inséparable de son bon fonctionnement pour comprendre que l'inutile immobilité de la jointure, amenant dans ces cas un cal vicieux, provoque une raideur définitive. Nombre d'arthrites ou de périarthrites n'ont pas d'autre origine. Et ce que je dis de l'humérus s'applique aussi bien au fémur. Que peut bien faire un appareil pour ces lésions? Prétendre coapter de semblables fragments est une utopie que l'examen radiographique vient décidément renverser. Mais l'enseignement qu'il nous donne est précieux, puisqu'il permet de comprendre la formation de ces pseudo-ankyloses traumatiques si fréquentes et si peu expliquées.

M. MONOD. — Voici une radiographie de l'extrémité supérieure du tibia. Voici d'abord la malade après l'accident, puis trois semaines après la réduction de la fracture ; il y a un léger progrès assurément, mais extérieurement la malade semble en parfait état.

Présentations de malades.

Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi pour un rétrécissement acquis de l'œsophage.

M. QUÉNU. — Les gastrostomies pratiquées chez les enfants sont en petit nombre; je n'ai pu après des recherches, incomplètes il est vrai, en réunir qu'une dizaine d'exemples; c'est cette rareté qui m'engage à présenter cette observation en même temps que mon jeune malade.

L'enfant me fut amené par sa mère le 10 juillet dernier, parce qu'il était devenu impossible depuis plusieurs jours de lui faire avaler quoi que ce soit et que l'enfant maigrissait à vue d'œil. La dysphagie remonte au 3 novembre 1898, jour où l'enfant avait avalé par mégarde deux gorgées d'une solution de potasse d'Amérique qu'il vomit du reste aussitôt.

Immédiatement après, la déglutition devint difficile, d'abord pour les aliments solides, puis pour les liquides. Depuis quelques semaines le lait ne passe plus qu'avec difficulté, depuis quelques jours il ne passe plus du tout. Si en effet on fait prendre au petit malade un liquide

quelconque, la déglutition pharyngienne s'opère, puis, quelques secondes après, survient une régurgitation de tout le liquide avalé.

Aucune olive, aucune bougie ne franchissent la coarctation œsophagienne qui paraît siéger ou du moins commencer à quelques centimètres de l'extrémité supérieure.

L'enfant est pâle, très émacié; son poids est de 14 kil. 045.

La gastrostomie est faite le 12 juillet sous le chloroforme. Après avoir sorti à travers la plaie et fixé par quelques points un petit dôme d'estomac, je pratique un petit trou minuscule et en suture les bords à la peau de l'incision cutanée préalablement rétrécie.

Le 13 juillet, lavement nutritif et 200 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

Le 14, trois lavements nutritifs; 200 grammes de lait sont introduits par la fistule.

Aucune rougeur de la peau, aucun écoulement du contenu gastrique.

Le 15, on élève la quantité de lait introduite à 500 grammes.

Dès le dixième jour, le petit malade se lève et se promène dans la salle.

Le 26 juillet, c'est-à-dire quatorze jours après son opération, il a engraissé de 1 kil. 700;

Le 12 août il pèse 16 kil. 200;

Le 8 septembre il pèse 17 kil. 200;

Le 26 octobre il pèse 18 kilogrammes.

Le 21 septembre, l'enfant peut avaler par la bouche un peu de liquide; à la fin de septembre il ne prend plus qu'un demi-litre par sa fistule gastrique. On le nourrit ainsi à la fois par la bouche et la fistule jusqu'au 17 novembre. Depuis trois ou quatre semaines la fistule a une grande tendance à se fermer spontanément malgré les sondes à demeure : l'alimentation liquide s'opérant aisément par la bouche, on supprime toute sonde stomacale et la fistule se ferme immédiatement d'elle-même.

Le 1er décembre, le poids de l'enfant est de 18 kil. 100 grammes; il a donc engraissé de 4 kilogrammes depuis cinq mois; sa santé et son moral sont excellents; il avale du bouillon, avec ou sans jaune d'œuf, du lait et du chocolat, un peu de viande crue, suce du sucre d'orge; le potage au tapioca ne passe pas. Je n'ai fait encore depuis l'opération aucune tentative d'exploration de son œsophage.

Je relève dans cette observation la bénignité de l'opération et la simplicité des suites, tant au point de vue du retentissement sur l'état général, qui a été nul, que des accidents d'irritation locale, qui ont manqué totalement.

De plus, malgré la suture que j'avais établie entre la muqueuse et la peau, et qui a dû du reste manquer, la fistule a eu une tendance très marquée à se fermer spontanément.

Enfin, sous l'influence du repos de l'organe, la déglutition œsophagienne est redevenue spontanément possible, ce qui nous

prouve une fois de plus que les rétrécissements deviennent infranchissables parce qu'il s'ajoute à l'élément coarctation cicatricielle un élément spasmodique.

J'ai déjà présenté, il y a quelques années, un vieillard chez lequel, pour un spasme prédominant de l'œsophage ajouté à une sténose inflammatoire, j'avais pratiqué avec succès la gastrostomie, puis fermé opératoirement la fistule un an après.

Dans le cas présent, que va-t-il advenir? si la dysphagie absolue reparaît, j'aurai toujours la ressource de rouvrir une fistule gastrique. Dois-je aller plus loin et faire quelque tentative pour obtenir une dilatation plus grande de l'œsophage? j'hésite et je serais heureux d'avoir là-dessus l'avis de mes collègues.

M. Michaux. — J'ai un petit malade auquel j'ai fait une gastrostomie, qui, tous les ans, vient me trouver pour que je lui passe des bougies. Il arrive ainsi à avoir une dilatation suffisante pour pouvoir se bien porter.

M. Reynier. — Cet enfant a-t-il pu avaler par la bouche après l'opération?

M. Quénu. — Non, ce n'est qu'après deux mois qu'il a pu avaler.

M. Reynier. — J'ai eu des cas où des malades cancéreux de l'œsophage n'avalaient plus et chez lesquels, ayant fait la gastrostomie, je les ai vu avaler de nouveau; il semble que dans ces cas la fixation de l'estomac agisse sur un élément spasmodique.

M. Schwartz. — J'ai opéré à Cochin une petite malade qui avait avalé de l'acide sulfurique. Après avoir fait la gastrostomie, j'ai fait des tentatives de dilatation de haut en bas et de bas en haut, sans résultat aucun. La petite fille a douze ans maintenant. Je ne dis pas que je ne recommencerai pas mes tentatives de dilatation.

M. Quénu. — Je présentais ce malade surtout pour demander à mes collègues s'ils croyaient qu'il y eût intérêt à faire des tentatives de dilatation.

M. Poirier. — Je puis répondre par un fait : dans un cas de rétrécissement extrême, j'ai fini par passer une bougie filiforme ; le long de cette bougie, j'ai pu faire pendant les deux ou trois premières heures avaler à la malade quelques gouttes de lait, puis j'ai pu la dilater ; il n'y a pas eu de récidive.

M. Guinard. — J'ai opéré, voilà cinq ans, une petite fille de sept ans qui avait une obstruction absolue. Je lui ait fait une

gastrostomie. Elle m'a persécuté pour que je rouvre son œsophage; il m'a été impossible de rien obtenir.

M. Rochard. — J'ai un malade dans la même situation.

Grossesse extra-utérine.

M. Morestin présente une femme qu'il a opérée voilà vingt jours d'une *grossesse extra-utérine rompue*. — Remis à l'examen de M. Routier.

Gangrène septique, fracture de quatre métatarsiens.

M. Demoulin présente un malade qu'il a amputé du bras droit pour *gangrène septique*, consécutive à une fracture ouverte. Ce malade a été atteint au pied gauche d'une fracture, de cause indirecte, des quatre premiers métatarsiens, siégeant au voisinage de leur extrémité postérieure. — Rapporteur, M. Gérard-Marchant.

Analgésie par cocaïnisation de l'espace sous-archnoïdien lombaire. Cure radicale de hernie.

M. Tuffier. — Je vous ai montré des malades opérés d'affections des membres inférieurs, du vagin, de l'utérus par analgésie locale au moyen de l'injection de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien. J'avais échoué jusqu'à présent dans les laparotomies. Voici un malade que j'ai opéré il y a vingt et un jours d'une volumineuse hernie inguinale droite. Il a reçu un centigramme et demi de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire; l'analgésie a été absolue.

M. Chaput. — J'ai opéré un malade hier dans les mêmes conditions. Chez une autre malade, par contre, je n'ai pu entrer dans le canal arachnoïdien.

Le Secrétaire annuel,
A. Routier.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. RICHELOT.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

A l'occasion du procès-verbal.

M. TUFFIER. — Je veux simplement annoncer que j'ai apporté les radiographies, elles sont à la disposition de tous mes collègues.

Pathogénie des pneumatocèles de la région mastoïdienne.

M. KIRMISSON. — Dans la dernière séance, M. Berger nous a fait un rapport sur une observation fort intéressante de M. Malapert (de Poitiers), qui est de nature à éclaircir la pathogénie d'une question encore fort obscure, la pneumatocèle de la région mastoïdienne. Il est très nettement établi dans l'observation de M. Malapert que, chez son malade, la pneumatocèle a succédé à une otite moyenne suppurée. C'est là une circonstance étiologique qui est de nature à nous satisfaire, étant données les relations pathogéniques très nettement établies entre les altérations osseuses du temporal et les suppurations de l'oreille moyenne. Mais ce n'est pas là le point sur lequel je me propose d'insister.

Il est classique de dire que, dans les pneumatocèles de la région mastoïdienne, l'épanchement d'air dans les parties molles se fait à la faveur d'une rupture des cellules mastoïdiennes. Cependant,

M. Malapert note expressément dans son observation que « le siège de la perforation osseuse semble ne pas être dans les cellules mastoïdiennes ». M. Berger, dans son rapport, insiste à son tour sur cette particularité. « Mais ce qui est plus singulier encore, dit-il, c'est que, chez le malade de M. Malapert, la région mastoïdienne paraissait être indemne. »

De mon côté, j'ai pu examiner le malade de M. Malapert, quand il nous a été présenté, et me convaincre de la réalité des faits invoqués par l'auteur de l'observation lui-même et par son rapporteur.

Lorsqu'on réduisait la tumeur gazeuse, on sentait manifestement une dépression répondant au point au niveau duquel se fait jour la suppuration dans les complications osseuses de l'oreille moyenne chez les enfants, c'est-à-dire à la zone criblée rétro-méatique. Ce point mérite une mention toute particulière dans la pathologie de l'oreille ; il est, en effet, criblé d'une multitude de petits orifices par lesquels s'établit une communication large et facile entre l'antre mastoïdien et la face externe de l'os. D'autre part aussi, cette zone est traversée par la suture pétro-squameuse dont les deux portions osseuses constituantes vont se réunir pour former l'apophyse mastoïde. A cause de sa vascularisation, à cause du processus énergique d'ossification dont elle est le siège, cette zone est particulièrement disposée à s'enflammer. Rien d'étonnant, dès lors, qu'elle soit le siège principal des lésions dans les complications osseuses de l'oreille moyenne.

Pour ma part, je pense que, dans l'immense majorité des cas, nous avons affaire, chez les enfants, non pas à des phénomènes de rétention du pus dans les cellules mastoïdiennes, mais bien à une véritable ostéomyélite qui, partie des parois de la caisse, se propage à travers les trous de la zone criblée, à la face extérieure de l'os, et aboutit souvent en ce point à une trépanation spontanée. J'en donne comme preuve ce fait que les complications osseuses dans le cours de l'oreille moyenne se voient surtout chez les très jeunes enfants dont les cellules mastoïdiennes ne sont pas encore développées ; souvent elles se montrent dès le début même d'une otite aiguë de nature infectieuse, par exemple à la suite de la scarlatine, alors qu'on ne peut parler de rétention prolongée du pus dans l'oreille moyenne. Enfin, elles se comportent à la façon de l'ostéomyélite des os longs, décollant parfois le périoste dans toute l'étendue de la fosse temporale. Ce n'est pas à dire que l'expression d'otite périostique employée par M. Duplay soit juste ; non, l'os lui-même participe aux lésions. Ici, comme pour les os longs des membres, il s'agit, non d'une périostite, mais d'une véritable ostéomyélite.

Pour en revenir à la pneumatocèle, l'observation de M. Malapert est particulièrement intéressante en ce qu'elle établit les relations existant entre cette affection et les suppurations de l'oreille moyenne. Il est également fort intéressant de noter que la communication entre la tumeur et l'oreille moyenne, que le passage de l'air, en un mot, se fait par ces orifices de la zone criblée qu'on retrouve même chez l'adulte, comme on le voit sur ce crâne qui m'a été obligeamment prêté par M. Rieffel. Ce fait est de nature à expliquer que, dans plusieurs observations, on n'ait pas pu, même à l'autopsie, ou pendant le cours d'une opération, déceler l'existence d'un orifice faisant communiquer la tumeur avec l'oreille moyenne. La communication se fait, non par un orifice unique de certaines dimensions, mais par les nombreux pertuis de la lame criblée; de là l'aspect rugueux et les aspérités de l'os notés dans plusieurs observations.

M. Berger. — Il existe un point très obscur; on conçoit que la destruction de la paroi externe des cellules mastoïdiennes donne un point faible par où peut se faire la pneumatocèle; mais comment expliquer la possibilité d'une pneumatocèle par cette lame criblée?

Il n'y a pas de prolongement de la muqueuse de la caisse jusque là; quand on incise les pneumatocèles, on trouve le crâne à nu et l'os est rugueux, mais je n'ai pas vu la lame criblée.

Sur la résection de la hanche dans la Coxalgie suppurée.

M. Nélaton. — A la fin de la discussion « sur la résection de la hanche dans la coxalgie » que la présentation de mes deux malades a soulevée, je redemande la parole.

D'abord, je ne veux pas laisser subsister une inexactitude: je vous ai présenté mes deux réséqués comme définitivement guéris, je le croyais. La femme que j'avais opérée quatorze mois avant le jour où je vous la présentai, n'offrait aucun symptôme qui me pût faire croire qu'elle allait faire un abcès ossifluent, véritable abcès de récidive qui s'est produit il y a huit jours.

Je tenais à vous faire connaître cette récidive tardive, qui va contre la doctrine que je soutenais et que je soutiens encore.

Si, en effet, cette rechute est fâcheuse, je maintiens que, même avec la petite fistule qu'elle présente à la hanche, cette femme est dans de bien meilleures conditions aujourd'hui qu'elle ne serait si je ne l'avais pas opérée.

N'oubliez pas, messieurs, que nous avions là affaire à un très

mauvais cas, et que, pour juger les résultats, nous devons tenir compte de la gravité des états que nous avons à traiter.

Dans la discussion qui a suivi ma présentation, où j'avais parlé de la résection chez l'adolescent et chez l'adulte, on n'a guère parlé que des résections de l'enfance, que j'avais volontairement laissées de côté, parce que je ne connais pas les résultats de ces résections chez l'enfant; je parlais des adolescents, on me répondait en me parlant des enfants.

Or la distinction est grande, je n'en veux pour preuve que ceci : à M. Felizet, qui préconise la résection, M. Kirmisson et M. Ménard ont répondu en vantant les mérites, l'un de l'éther iodoformé, l'autre du naptol camphré, pour guérir les abcès accompagnant la coxalgie. D'autres encore auraient pu venir parlant du chlorure de zinc, de la compression ouatée, de l'extension ou de l'expectation pure et simple, car j'ai vu à la campagne des coxalgiques abandonnés à eux-mêmes arriver à guérison.

Je ne veux pas entrer dans la discussion de ces différentes méthodes ni préconiser contre elles la résection.

Je veux seulement faire remarquer que cette discussion, possible en ce qui concerne le traitement des coxalgies de l'enfance, ne l'est plus lorsque nous parlons des coxalgies de l'adulte ou de l'adolescent de dix-sept à vingt-ans.

Me montrerez-vous, si ce n'est *à titre d'exception*, une coxalgie suppurée chez un sujet de dix-sept ans dûment guérie par les injections où l'extension continue, l'immobilisation? J'en doute.

C'est pourquoi, me bornant au titre de ma première communication, revenant à mon point de départ, je répète :

« Je crois qu'il faut appliquer au traitement de la coxalgie de l'adolescent et de l'adulte les mêmes règles que celles acceptées pour la tumeur blanche du genou. Faire la résection totale, c'est-à-dire la suppression de toutes les parties malades de la hanche, comme nous le faisons pour la tumeur blanche du genou; faire cette arthrectomie vite, le plus tôt possible, et alors nous aurons un dégât articulaire peu considérable qui nous permettra d'obtenir rapidement (3 mois) l'ankylose de la hanche en bonne attitude, ce qui est le meilleur résultat que nous puissions rechercher *chez l'adolescent ou chez l'adulte*, par quelque méthode que ce soit », et je ne vois vraiment pas pourquoi on ferait des objections à cette manière de voir.

Depuis plus de dix ans que je suis à la tête de grands services de chirurgie, j'ai eu à soigner un certain nombre de coxalgiques adultes. Qu'est-ce que je faisais? Je les soumettais à l'extension continue; quelques-uns étaient améliorés et je les renvoyais rapidement, certes non guéris. D'autres empiraient et me quittaient;

d'autres enfin succombaient au bout de longs mois au progrès d'une tuberculose généralisée.

Je ne vois vraiment pas, en présence de ces résultats désastreux du traitement (bon peut-être pour les enfants), pourquoi nous ne prendrions pas l'initiative d'un traitement plus actif chez l'adolescent et l'adulte; et voilà pourquoi je répète : traitons ces malades comme nous traitons aujourd'hui la tumeur blanche du genou.

Elections.

NOMINATION DU BUREAU POUR 1900

NOMINATION DU PRÉSIDENT

Votants : 41. — Majorité : 22.

M. Richelot. . . . . 41 voix. Élu.

NOMINATION DU VICE-PRÉSIDENT

Votants : 42.

M. Reclus. . . . . 32 voix. Élu.
M. Bouilly . . . . 9 —
Bulletin blanc 1

NOMINATION DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Votants : 44.

M. Segond. . . . . 41 voix. Élu.
M. Gérard Marchant. . . . . 1 —
M. Félizet. . . . . 1 —
M. Nélaton. . . . . 1 —

NOMINATION DES SECRÉTAIRES ANNUELS

1er *secrétaire*.

M. Jalaguier . . . . 41 voix. Élu.
M. Gérard Marchant. . . . . 1 —

2e *secrétaire*.

M. Gérard Marchant . . . . 42 voix. Élu.

M. WALTHER et M. BRUN sont nommés par acclamations, trésorier et archiviste.

NOMINATION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Votants : 46. — Majorité : 24.

M. BEURNIER	26 voix.	Élu.
M. DEMOULIN	8	—
M. NIMIER	8	—
M. VERCHÈRE	1	—

NOMINATION DE 4 MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

M. LOISON	38	voix.	— Élu.
M. TEVENAT	28	—	—
M. DELANGLADE	26	—	—
M. MALAPERT	23	—	—

Le Secrétaire annuel,

A. ROUTIER.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. RICHELOT.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. BEURNIER, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire et s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. LOISON, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

A propos de la correspondance.

M. ROUTIER dépose sur le bureau de la Société une lettre de M. PHOCAS (de Lille), sur la *résection de la hanche dans la coxalgie*, dont la lecture sera donnée au cours de la séance.

Lecture.

Lettre de M. PHOCAS (de Lille), *au sujet de la résection de la hanche dans la coxalgie chez l'enfant.*

« Je désire ajouter deux mots à l'intéressante discussion sur la résection.

« J'ai été étonné de lire que la résection de la hanche sur l'enfant est une opération grave. J'ai publié quinze observations de résection suivies pendant plusieurs années (*Thèse* Delaneuville, de Lille, 1897 et *Comptes rendus du sanatorium de Saint-Pol*, 1895, 1896, 1897) et je n'ai jamais vu une mort opératoire.

« La résection de la hanche sur l'enfant est une opération très bénigne, pourvu qu'elle soit faite rapidement, de manière à éviter

le shock. Mes opérations ont varié comme durée de 10 à 25 minutes environ.

« Malgré cette bénignité opératoire, je ne suis nullement partisan de la résection dans la coxalgie infantile et je considère que la détermination d'une résection est un véritable malheur. Je base mon opinion sur les résultats éloignés. Sur quinze cas retrouvés plusieurs années après (de deux à cinq ans), deux enfants sont morts de méningite quatre ans et un an après l'opération, deux ont récidivé, les autres ont guéri avec une boiterie très disgracieuse. Presque tous se tiennent debout et marchent, mais ils ont besoin d'une canne ou d'une béquille. Trois seulement peuvent courir sans aucun appui.

« Les résultats orthopédiques, sur lesquels je passe dans cette note et qu'on peut facilement consulter dans la thèse indiquée, sont donc plutôt mauvais, et c'est là la seule raison pour laquelle la résection de la hanche ne peut être considérée comme le traitement idéal de la coxalgie des enfants.

« La résection est *une nécessité*, et sur ce point je voudrais que l'avenir nous donne un démenti, bien que je n'ose trop l'espérer. Les coxalgies infectées et ouvertes qui menacent la vie de l'enfant ne sont malheureusement justiciables que de la résection. Les coxalgies douloureuses, que nul traitement ne parvient à améliorer et qui épuisent l'enfant et menacent sa vie, fournissent encore une indication nette à opérer. On parviendra peut-être dans l'avenir à éviter l'infection de la coxalgie, mais en attendant, devant le fait accompli d'une coxalgie suppurée et infectée, je maintiens que seule, la résection est capable d'éviter la mort. Je fais alors cette opération, convaincu que je rachèterai la vie au prix d'une opération mutilante et désastreuse pour la fonction. »

Rapport.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage, par M. Jonnesco, — rapport par

M. PIERRE DELBET.

Vous m'avez chargé de faire un rapport sur une communication de M. Th. Jonnesco, professeur à Bucarest. Cette communication est intitulée : « Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. » Elle comprend quatre observations qui sont très courtes. Je dis courtes et non écourtées. Dans cette constatation, il n'entre aucune part de critique. Rien, en effet, n'est plus

court qu'une observation de kyste hydatique de l'abdomen traité par la suture totale et la réduction sans drainage. L'opération est simple; les malades guérissent si vite et si bien qu'il suffit d'un mot pour le constater.

Voici ces observations :

I. — M. B..., vingt-sept ans, entré dans le service le 21 mai 1898 malade depuis trois ans et demi. Kyste hydatique de la face inférieure du foie en dehors de la vésicule biliaire, du volume d'une tête d'enfant. Opéré le 26 mai. Laparotomie latérale sur le point culminant de la tumeur, incision du kyste, évacuation de son contenu, liquide eau de roche. Extraction en fragments de la membrane germinative. Nettoyage de la poche fibreuse à l'aide de tampons de gaze stérilisée; suture en deux étages de la plaie kystique, réduction suivie de suture de la plaie abdominale avec fils temporaires d'argent.

Suites opératoires des plus simples : quitte l'hôpital complètement guéri le 18 juin.

II. — R. M..., vingt-huit ans, entré le 23 juin 1898. Malade depuis dix ans. Kyste hydatique de la face inférieure du foie, en dedans de la vésicule biliaire, du volume du poing, proéminant légèrement hors du tissu hépatique. Opération le 27 juin. Laparotomie médiane; épiploon adhérent à la tumeur; quantité de vésicules filles de la grosseur d'une noisette et d'une noix dans l'épiploon. Elles sont énucléées ou vidées et la poche extirpée. Incision du kyste et évacuation; liquide eau de roche. Extirpation de la membrane germinative, suture et réduction sans drainage ni capitonnage. La plaie abdominale est suturée avec des fils d'argent.

Suites opératoires très simples. Le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 17 juillet.

III. — A. S..., quarante ans, entrée le 8 décembre 1898. Premières douleurs en avril 1898; a constaté à cette époque la tuméfaction du ventre. Deux kystes hydatiques du foie : l'un sur la face inférieure du lobe gauche, du volume d'une tête d'adulte, en grande partie hors du tissu hépatique; l'autre plus petit, de la dimension d'une pomme, sur la face convexe du lobe droit, en grande partie inclus dans le foie. Opération le 12 décembre. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Foie énorme. Incision du kyste du lobe gauche; évacuation, liquide eau de roche. Extraction en totalité d'une seule pièce de la membrane germinative, tamponnement à la gaze stérilisée, suture de la poche à deux étages, réduction.

Incision, évacuation et suture de la deuxième poche. Ici, j'ai dû traverser une couche de tissu hépatique de 4 millimètres. Cette poche ne contenait pas de vésicules filles, mais simplement du liquide eau de roche; membrane germinative qui est extirpée. Suture de la plaie abdominale avec fils d'argent.

Suites opératoires des plus simples. La malade quitte l'hôpital le 4 janvier 1899, complètement guérie.

IV. — E. A..., quarante-trois ans, entré le 1er juin 1899. Malade depuis six ans. Kyste hydatique volumineux de la face inférieure du foie. Opération le 4 juin. Laparotomie latérale sur le point culminant de la tumeur, longue de 12 centimètres, à partir des fausses côtes droites jusqu'au niveau de l'ombilic. Kyste de la grosseur d'une tête d'adulte. Il est fixe et on ne peut l'attirer dans la plaie abdominale. Incisé sur place, le péritoine étant protégé par des compresses de gaze stérilisée. Liquide eau de roche. Beaucoup de vésicules filles. La membrane germinative est extraite d'une seule pièce. Nettoyage avec des tampons de gaze stérilisée. Suture de la poche à deux étages. Suture de la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites opératoires des plus simples. Le malade quitta l'hôpital le 4 juillet, complètement guéri.

Ainsi M. Jonnesco a guéri les quatre malades par la suture sans drainage. Dans aucun cas, il n'a fait de capitonnage. Il aurait donc, si l'on s'en rapportait à ce qui a été dit ici, employé le procédé de Bobroff. Et cependant il commence sa communication en disant : « Je vais apporter à l'appui de la thèse soutenue par mon ami Delbet, quatre cas de kystes hydatiques traités par l'incision du kyste, évacuation de son contenu, extirpation de la membrane germinative, suture et réduction de la poche fibreuse sans capitonnage ni drainage. » M. Jonnesco s'est-il donc trompé? Pas le moins du monde. J'estime, au contraire, qu'il a très bien compris ma pensée.

En effet, je me suis proposé de réduire les kystes hydatiques sans les drainer, sans les remplir, sans les fixer à la paroi. Le capitonnage n'est qu'un moyen dont je me suis passé d'ailleurs dans certains cas. Mon but a toujours été, je l'ai dit, de substituer à la marsupialisation, la réduction sans drainage.

Avant d'entrer plus avant dans le sujet, je voudrais donner quelques détails sur la pratique de Bobroff. Mon ami Hartmann disait ici le 8 février 1899. « Il m'a semblé qu'aucun des orateurs qui ont invoqué son nom n'avait une idée nette de ce que faisait Bobroff. » Bien qu'il ait, à cette époque, où j'étais absent, précisé les choses, je demande la permission de revenir sur cette question.

Mon ami Tuffier disait le 18 janvier : « Je crois qu'au capitonnage, on peut substituer la méthode bien plus simple de Bobroff, qui consiste à ouvrir le kyste, à le vider, à gratter la poche, à aver et à refermer. » Puis le 1er février, Tuffier a ajouté qu'il faisait le lavage au sublimé. Je me suis immédiatement élevé contre le lavage et surtout contre le grattage en me demandant si Bobroff en accepterait la responsabilité. J'ai eu raison de faire cette réserve, car dans un article qu'il a donné aux *Archiv fur Klinische Chirurgie* en 1898, Bobroff conte les diverses phases

de son évolution au sujet du traitement des kystes hydatiques et, dans cet article, il n'est question ni de lavage au sublimé, ni de grattage.

Bobroff a commencé par employer le procédé de Billroth, qui consiste à remplir le kyste d'une émulsion de glycérine iodoformée et à le suturer par dessus. C'est substituer au kyste hydatique un kyste iodoformique. Comme je l'ai dit dans mes cliniques, ce procédé ne peut avoir que des inconvénients. Bobroff s'en est aperçu. Une jeune fille de vingt-quatre ans, qu'il a traitée de cette façon, a eu des accidents graves : hématuries, puis élévations de température qui ont persisté pendant deux mois.

Instruit par ce cas, il a abandonné le remplissage par l'émulsion iodoformique et il a substitué à cette dernière un liquide indifférent, la solution salée physiologique. Pourquoi remplir la poche adventice d'un liquide quelconque? Bobroff nous dit par quelle idée théorique il était conduit. Il pensait que si on réduisait la poche vide, il devrait fatalement s'y produire une exsudation de sérosité, de sang ou de bile. Son but, en remplissant la poche de solution salée, était de créer dans son intérieur une pression positive et d'empêcher ainsi l'exsudation.

L'idée que la poche doit être le siège d'une exsudation quelconque, est une idée fausse. C'est précisément et je l'ai dit à plusieurs reprises, la constatation que la membrane adventice n'est le siège d'aucune exsudation, qui m'a conduit à la réduire après l'avoir suturée sans la remplir ni la drainer.

Bobroff, qui sans doute ne connaît pas mes communications du 11 février et du 5 mai 1896, puisqu'il ne les cite pas, a dû s'apercevoir de cette absence d'exsudation, puisqu'il a fini par suturer les kystes sans les remplir. Pour la première fois, le 21 janvier 1897, il a suturé sans le remplir un kyste du pancréas qui contenait un verre et demi de liquide, c'est-à-dire un kyste de petite dimension.

J'avais fait la même chose le 22 juin 1896 chez un malade qui avait deux kystes. L'un de ces kystes était volumineux, il renfermait environ trois litres de liquide et de vésicules filles : je l'ai capitonné avant de le suturer. L'autre avait le volume d'un œuf et siégeait dans l'épiploon gastro-splénique, je l'ai suturé sans le capitonner. Plus tard, j'ai réduit également sans les capitonner, chez un individu de quarante et un ans, des kystes multiples de l'intestin dont le plus gros avait le volume d'une belle orange. Alejandro Posadas, dont les recherches sont contemporaines et absolument indépendantes des miennes, a traité de même un certain nombre de kystes hydatiques.

Je n'ai pas insisté sur ces faits, parce que l'inutilité du capiton-

nage pour les petits kystes me paraissait évidente et que je visais les gros kystes.

Le capitonnage s'adressait aux kystes volumineux. Aussi ai-je été fort surpris, quand on a dit ici que ce procédé ne pouvait s'appliquer qu'aux petits kystes. Je pense qu'on ne m'aurait pas adressé cette critique, si on avait parcouru mes observations, car le premier kyste que j'ai capitonné en 1895 était si volumineux qu'il avait été pris pour un kyste de l'ovaire, bien qu'il eût le foie pour origine. Je visais donc les gros kystes et c'est pour cela que je n'ai pas insisté sur la possibilité de réduire les petits sans les capitonner. Mais aujourd'hui qu'on semble opposer le dernier procédé de Bobroff au mien, je suis bien obligé de dire que j'ai réduit avant lui des kystes hydatiques de l'abdomen sans les capitonner ni les drainer.

J'ai même, chez le malade qui avait des kystes multiples de l'intestin, réduit un certain nombre de kystes qui avaient le volume d'une noix ou d'une pomme d'api, sans les suturer. J'ai enlevé la membrane germinative, puis j'ai réduit la poche adventice en la laissant ouverte et mon malade a parfaitement guéri.

L'observation est insérée en détail dans mon volume de clinique.

J'ai donc employé trois manières différentes de réduire les kystes hydatiques sans les drainer :

1° Réduction sans suture;

2° Réduction avec suture sans capitonnage;

3° Réduction avec capitonnage et suture.

Le but est toujours le même : éviter la marsupialisation. Les trois procédés sont gradués, proportionnés en quelque sorte à la gravité du mal. Le premier, la réduction sans suture ni drainage, poche ouverte, ne peut convenir qu'aux kystes de petites dimensions. Quant aux indications du capitonnage, j'y reviendrai en appréciant les conclusions de M. Jonnesco.

Je voudrais auparavant rapporter un nouveau cas de kyste hydatique du foie que j'ai opéré à l'hôpital arabe de Tunis, grâce à l'obligeance et avec le concours du Dr Lovy, à qui j'adresse tous mes remerciements.

Ce cas présente un certain intérêt, car il s'agissait d'un de ces kystes thoraco-abdominaux, dont parlait notre collègue Bazy dans la séance du 1er février.

La malade, âgée de dix-neuf ans, était une arabe grande et forte. Son kyste, très volumineux, puisque sa capacité était d'environ six litres, avait étrangement déformé le thorax. Il s'était développé au moins autant du côté du thorax en refoulant le foie que du côté de l'abdomen. Les cinq ou six dernières côtes des deux côtés, mais surtout à droite étaient refoulées excentriquement, si

bien que le thorax avait la forme d'une cloche largement évasée.

Je fis la laparotomie médiane le 25 octobre dernier. Le kyste incisé et vidé, j'enlevai la vésicule mère. Je constatai alors que la membrane adventice adhérait à la face inférieure du foie dans presque toute son étendue. De plus, toute la portion qui s'étendait de la colonne vertébrale à la paroi latérale de l'abdomen en passant devant le rein droit, était complètement fixée dans la profondeur et absolument immobile. Le capitonnage présentait donc des difficultés particulières : je l'ai fait cependant. Par quatre points, que j'eus de la peine à placer parce que je n'avais pas les instruments dont j'ai l'habitude de me servir, j'amenai la moitié gauche de la vaste poche, qui était assez souple bien que résistante, au contact des parties fixes ; puis je suturai l'orifice par des points de Lembert et réduisis sans drainage.

La convalescence a été légèrement troublée par une bronchite, mais la malade a parfaitement guéri. Voici ce que m'a écrit le Dr Lovy, le 25 novembre : « L'opération a réussi d'une façon idéale. J'ai fait le premier pansement le neuvième jour et enlevé les fils. Il n'y avait pas le moindre suintement. La base du thorax, si évasée par le kyste, s'est déjà rétrécie considérablement. En résumé, résultat parfait au point de vue opératoire et d'autant plus remarquable que la cavité était énorme. »

Ce cas, qui porte à sept le nombre de mes faits personnels, me permet de répondre à M. Bazy, ce que je n'avais pas pu faire jusqu'ici, et de lui dire : « Le capitonnage et la réduction sans suture sont possibles dans les cas de kystes thoraco-abdominaux les plus volumineux. »

J'arrive maintenant aux conclusions de M. Jonnesco. Voici les deux premières :

1° Le procédé de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie est l'incision suivie de l'évacuation, extirpation de la membrane germinative, nettoyage à sec de la poche fibreuse, suture et réduction de cette poche sans drainage ni fixation de la poche à la paroi ;

2° Le capitonnage peut être utilement employé dans les poches trop volumineuses pour qu'on puisse espérer un accolement rapide des parois.

Je souscris à ces deux conclusions; mais il importe de spécifier mieux les indications du capitonnage.

Pour ma part, je n'ai employé la suture sans capitonnage que dans des kystes de petites dimensions. Les faits de M. Jonnesco et c'est, à mon avis, ce qu'ils ont de plus intéressant, montrent qu'on peut se passer du capitonnage dans des kystes d'un certain

volume, puisque deux de ceux qu'il a opérés avaient le volume d'une tête d'adulte.

Je ne sache pas qu'on ait opéré jusqu'ici des kystes très volumineux, de 5, 6, 7 litres ou davantage, sans les capitonner, ni les drainer. Il est possible qu'on réussisse à le faire. Ce n'est que par tâtonnement qu'on arrivera à bien préciser les indications.

Voici ce que je pense actuellement sur ce point. Ce n'est pas le volume seul qui doit trancher la question. Il faut faire entrer en ligne de compte, plus peut-être que le volume, la résistance de la paroi.

Je formulerais volontiers la règle suivante : Quand la paroi kystique est assez souple pour que la pression abdominale puisse aplatir la poche vidée, le capitonnage est inutile. Par contre, il est indiqué quand la paroi est assez résistante pour faire équilibre à la pression abdominale. Dans ce cas, en effet, si on venait à réduire après suture sans capitonnage, il persisterait une cavité qui ne serait sans doute pas sans inconvénients et qui, même en supposant les circonstances les plus favorables, mettrait beaucoup de temps à se rétracter. Ainsi j'ai fait le capitonnage d'un kyste qui n'était guère plus volumineux qu'un gros poing parce que la membrane adventice très épaisse, très résistante, en partie calcifiée n'avait aucune tendance à s'affaisser. La poche vidée conservait ses dimensions et, sans le capitonnage, elle les aurait sans doute conservées longtemps. Quand on suture, sans capitonner, je recommande de bien aplatir la poche avant de terminer la suture; on la vide ainsi de l'air qu'elle contient, et si la suture est bien hermétique, ses parois ne peuvent plus s'écarter.

J'avoue qu'il n'est pas toujours aisé de discerner si la membrane adventice, la poche, peut résister à la pression abdominale, ou doit lui céder. Dans le doute, je ne m'abstiendrais pas, je ferais le capitonnage, car il n'a aucun inconvénient, car il se fait facilement et rapidement quand on est muni de l'outillage nécessaire.

Je passe à la troisième et à la quatrième conclusion de M. Jonnesco.

3° Les injections antiseptiques ou irritantes dans les poches vidées de leur contenu sont inutiles et dangereuses. Il faut les écarter.

4° Le lavage des poches avec des solutions simplement aseptiques, eau stérilisée, sérum artificiel, est inutile. Le simple nettoyage avec des compresses stérilisées suffit.

Ce sont là les idées que j'ai défendues ici même le 1er février de cette année. Je ne crois pas avoir besoin d'y revenir.

La cinquième conclusion est ainsi formulée :

5° La marsupialisation de la poche sera réservée pour les kystes suppurés où le procédé de la suture immédiate peut donner des insuccès.

Cette conclusion est absolument conforme à ma manière de voir.

Bobroff, dans un cas où le liquide était trouble et même, dit-il, purulent, a fait un lavage à l'eau boriquée, un nettoyage avec des compresses de gaze, puis suturé et réduit sans drainage. Le malade a guéri sans accident. Ne peut-on pas se demander si le kyste était réellement suppuré? Quand les hydatides sont mortes, le liquide devient souvent trouble sans être septique. N'est-ce pas ce qui s'était passé? On est bien tenté de le croire quand on voit que le malade n'avait eu aucune élévation de température avant l'opération et qu'il a guéri sans accident. Quoi qu'il en soit, même s'il s'agissait de pus, je crois qu'on serait mal venu à fonder sur ce cas une règle générale. Il ne faut pas compter désinfecter une cavité septique avec un lavage à l'eau boriquée et je persiste à penser que les kystes suppurés doivent être marsupialisés.

Dans sa sixième conclusion, M. Jonnesco déclare que les autres traitements médicaux ou chirurgicaux des kystes hydatiques n'ont plus de raison d'être. C'est là un côté de la question dont je me suis déjà occupé et qui me paraît du plus haut intérêt.

Je considère que la réduction sans drainage doit faire disparaître les autres méthodes de traitement pour les kystes qui ne sont pas infectés.

On a beaucoup vanté, depuis quelques années, les ponctions suivies d'injections parasiticides. Cette méthode comprend trois variantes, le procédé de Bacelli, celui de Debove et celui de Hanot. Quand on n'avait à lui opposer que la marsupialisation avec sa lenteur et tous ses inconvénients, on pouvait hésiter. Mais actuellement, avec la réduction sans drainage, la comparaison ne me paraît plus possible. La ponction est aveugle; elle expose à blesser des organes importants. Bryant a perforé la veine porte. Dans un cas que j'ai cité, l'aiguille n'aurait pu arriver dans le kyste sans traverser l'intestin. La ponction est dangereuse parce qu'elle est aveugle et de plus ses résultats sont incertains. La suture avec réduction sans drainage me paraît, non seulement plus sûrement et plus complètement efficace, mais encore moins dangereuse. C'est, à mon avis, la méthode de choix. Je conseille d'y recourir dès que le diagnostic est posé.

Sans doute cette opération doit être faite aussi aseptiquement que possible. Mais il n'y a rien là qui lui soit spécial. L'asepsie, c'est la condition même de la chirurgie moderne. D'ailleurs, qu'on fasse la marsupialisation ou la suture sans drainage, le danger d'infecter le péritoine est le même. Il n'y a qu'un danger spécial à cette dernière, c'est d'infecter le kyste lui-même. Mettons les choses au pis, admettons que la cavité kystique soit infectée au

cours de l'opération. Les conditions seront évidemment moins favorables après la suture totale, qu'avec le drainage. Mais l'accident sera-t-il irréparable? Entraînera-t-il inévitablement des conséquences funestes? Je ne le crois pas. Je ne puis rien affirmer, parce que je n'ai pas vu de cas de ce genre. Mais je considère comme probable que, l'incision faite à la membrane adventice étant bien suturée, l'infection resterait limitée au kyste. Les choses se passeraient comme dans les cas où la suppuration survient avant l'opération et on aurait le temps de réouvrir le ventre pour faire la marsupialisation.

Je m'empresse d'ajouter que si on ne peut pas être sûr d'éviter toujours l'infection du kyste, cet accident devra être rare. Peut-être la poche adventice présente-t-elle une certaine résistance à l'infection. En tout cas, les faits publiés sont de nature à donner confiance. Mon élève et ami Baraduc en a réuni un certain nombre dans sa thèse. Depuis, Bobroff en a publié quatre, Garré quatre, Nélaton un, Bouglé un. Jonnesco nous en envoie quatre dont je viens de vous rendre compte. J'en ai sept personnels. Dans ces vingt et un cas, tout a évolué de la manière la plus simple, sans le moindre accident infectieux.

Bénignité, efficacité, rapidité et perfection de la guérison, telles sont les qualités qui me semblent devoir assurer la supériorité de la suture totale sans drainage sur toutes les autres méthodes de traitement des kystes hydatiques.

La septième et dernière conclusion de M. Jonnesco a trait à la technique. J'y relèverai seulement le passage où il recommande de fermer la poche adventice par deux étages de suture : un surjet profond comprenant toute l'épaisseur de la tranche, un autre superficiel à la Lembert adossant les lèvres par leur face externe.

Evidemment, il n'y a pas d'inconvénients à faire deux plans de suture. Mais il faut, pour qu'on puisse y réussir, que la paroi soit très souple. Si M. Jonnesco a pu procéder ainsi chez ses quatre malades, c'est qu'il a eu affaire à des cas favorables. Quand la membrane est épaisse et résistante, le double plan de suture est impossible et s'il était indispensable, la réduction sans suture ne trouverait que rarement son indication. Heureusement, le double plan n'est pas indispensable. J'ai toujours fermé l'incision faite au kyste par un seul plan de suture et tous mes malades ont bien guéri.

J'ai cherché chemin faisant à démontrer une fois de plus que la suture totale sans drainage est le traitement de choix des kystes hydatiques de l'abdomen. Permettez-moi, Messieurs, d'exprimer l'espoir qu elle aura bientôt conquis la suprématie à laquelle elle a droit.

Il ne me reste plus qu'à vous demander d'adresser des félicitations à M. Jonnesco et de vous souvenir de son nom quand nous aurons à nommer des correspondants étrangers.

M. Tuffier. — Les deux malades que j'ai opérés, et dont j'ai rapporté l'histoire ici, avaient été traités par l'incision du kyste, la suture sans capitonnage, et la réduction dans l'abdomen sans aucun drainage. Le premier siégeait dans le cul-de-sac rétro-vésical, le second était un énorme kyste du rein. Dans ces deux cas, craignant de n'avoir pu enlever la membrane germinative en entier, membrane qui adhérait dans les parties profondes, j'ai fait le grattage, puis le lavage au sublimé de la poche, j'ai même laissé dans la cavité quelques grammes de liqueur de Van Swieten avant de la fermer. Le résultat a été parfait dans les deux cas. Si ce n'est pas la façon de faire de Bobroff, je la réclame à mon actif et voici pourquoi. Ce qui me paraît le plus intéressant dans le traitement aseptique des kystes hydatiques par la méthode rapide, c'est de connaître les résultats éloignés. Mes malades sont opérés depuis 7 et 18 mois, ils sont parfaitement et définitivement guéris.

M. Delbet. — M. Tuffier a touché un point très intéressant, c'est celui des résultats éloignés. Je puis dire que ma première malade qui a été opérée pour un kyste énorme, c'est celui que l'on avait pris pour un kyste de l'ovaire, est restée parfaitement guérie. Il n'y a plus trace de son kyste.

Discussion

A propos du traitement des fractures par la thyroïdine.

M. A. Guinard. — Je désire m'associer aux réserves formulées par M. Potherat sur l'action de la thyroïdine dans la production du cal osseux. Mon expérience n'est pas grande à ce sujet, mais j'ai à mon actif une observation typique où le résultat de la médication thyroïdienne a été absolument nul. Au commencement de 1897, nous avons soigné avec mon maître M. Peyrot, à la salle Nélaton de l'hôpital Lariboisière, un homme fort et vigoureux, âgé de trente-neuf ans, qui avait une fracture de la jambe gauche au tiers inférieur. Le membre avait été pris sous une roue de camion et les deux os étaient fracturés. Le fragment supérieur faisait une saillie notable sous la peau. Au bout de quarante jours d'immobilisation dans une gouttière à attelles plâtrées, le blessé

quitta l'hôpital bien que la consolidation ne fût pas complète. Il nous demanda formellement de sortir et nous fîmes une botte silicatée sous laquelle nous espérions que la consolidation s'achèverait.

Deux ans après, ce malade revient me trouver à Ivry, où je le reçois dans mon service, au nº 16 de la salle Broca, en mars 1899. Le membre est dans un état lamentable : la jambe est coudée au niveau du cal et fortement déviée en dehors ; de plus, la consolidation de la fracture est incomplète et les fragments tibiaux jouent l'un sur l'autre. Le malade continuant à marcher avec des béquilles malgré cet état local, la déviation s'aggrave incessamment.

Le 7 mars 1899, sous la bande d'Esmarch, je fais une longue incision qui met à nu le foyer de la fracture : je trouve le fragment inférieur remonté en arrière et en dedans du fragment supérieur, et séparé de ce dernier par une couche de tissu fibreux d'un demi-centimètre d'épaisseur. J'enlève une longue esquille irrégulière, complètement libre, qui s'oppose au redressement.

Une sorte de bourse séreuse permet les mouvements du fragment supérieur sur l'inférieur. Je résèque 4 centimètres du fragment inférieur et 1 centimètre du supérieur, jusqu'à bien pouvoir rapprocher les deux bouts et je les maintiens en face l'un de l'autre avec un fil d'argent. J'avais dû, au cours de l'opération, fracturer le péroné qui s'opposait au redressement du membre. Sans drainer, je mets un appareil plâtré que je laisse en place sans toucher au pansement jusqu'au 17 avril, c'est-à-dire quarante jours. Après avoir enlevé les crins, je m'aperçois qu'il n'y a pas de consolidation. La mobilité dans le sens antéro-postérieur surtout est manifeste. Nouvelle immobilisation dans le plâtre, jusqu'au 3 mai ; mais la mobilité anormale reste toujours la même. Je revois ce malade en septembre : il est toujours dans le même état avec une pseudarthrose persistante. Bien que je n'aie trouvé dans ses antécédents aucun signe de syphilis, je l'avais soumis entre temps au traitement mixte, mais sans aucun résultat. Je ne voyais d'ailleurs rien dans son état qui pût expliquer cette pseudarthrose. C'est un homme d'une vigueur exceptionnelle qui n'a aucune tare organique quelconque. Nous avons parlé d'alcoolisme en raison de son apparence extérieure, de son teint, mais sans qu'il en ait aucun stigmate, tremblements, rêves, etc. Il affirme ne jamais boire plus d'un litre de vin en vingt-quatre heures et jamais d'apéritif, ni de petits verres.

C'est dans ces conditions que j'ai eu l'idée d'essayer la médication thyroïdienne. Pendant un mois, je lui ai donné de la thyroïdine en surveillant avec soin le pouls et le cœur. Je suis arrivé à 1 gramme et à 1 gr. 50 par jour, et je dois dire que malgré cette dose relativement élevée, qui a été d'ailleurs très bien supportée,

il n'y a pas d'amélioration bien notable. J'ai cru au début que les mouvements anormaux étaient moins étendus : mais après un mois d'épreuve, il faut se rendre à l'évidence et constater que le résultat est absolument nul.

Ce fait négatif n'infirme évidemment en rien les faits positifs cités dans le rapport de M. Potherat, mais il signifie à coup sûr que l'effet de la thyroïdine n'est pas constant et qu'il faut s'attendre, dans certains cas, à des échecs complets avec cette médication nouvelle. Dans la dernière séance, M. Tuffier a avancé que ces échecs de la médication thyroïdienne, quand ils se produisent, sont dus à ce qu'il y a une interposition musculaire ou fibreuse entre les fragments. Cette observation démontre bien que cette opinion théorique de M. Tuffier est inexacte. Il y a vraiment, pour certaines pseudarthroses, impossibilité absolue, dans l'état actuel de nos connaissances, à trouver une pathogénie rationnelle. L'observation que je viens de rapporter en est un exemple, et dans ces cas-là la thyroïdine peut échouer comme le reste.

Mon malade, entré le 10 octobre dernier à Ivry, a commencé le traitement par la thyroïdine le 20 octobre et il a quitté l'hôpital sans amélioration notable le 26 novembre. Il a pris 60 centigrammes, puis 1 gramme et enfin 1 gr. 50 de poudre sèche mélangée à du sucre de lait. Un gramme de cette poudre sèche représente 1 gramme de glande thyroïde fraîche.

M. Poirier. — J'apporte deux cas complémentaires de l'application de ce mode de traitement.

Dans un cas, il s'agissait d'une fracture du fémur comminutive, suppurée, soignée dans un hôpital militaire avec raccourcissement. Avec Hennequin, je mis bout à bout les fragments, à peu près, car Hennequin me dit que la traction continue compléterait notre intervention, ce qui eut lieu de fait. La consolidation ne se fit pas, je faisais faire du massage. J'administrai alors pendant vingt jours 1 gramme de poudre thyroïdienne préparée avec soin par le pharmacien du service. Le malade n'a pas guéri, il a fallu le remettre à l'immobilisation. C'est, somme toute, un cas défavorable.

J'ai soigné aussi un malade de Granville qui s'était fracturé la cuisse le mardi gras dernier. Il avait 7 centimètres de raccourcissement, la radiographie montre une consolidation en V. Je fis la suture au fil d'argent, immobilisai quatre-vingt-dix jours, puis fis du massage : il n'y avait pas de consolidation. Je demande alors à Quénu quelle était la meilleure préparation thyroïdienne, il me conseille le corps thyroïde frais ; n'en ayant pas à Granville, j'employai des tablettes quelconques. Je remis le malade dans un

plâtre, je l'en ai tiré hier, bien consolidé. Il me semble qu'on ne peut tirer de cela aucune conclusion, car, sur deux cas, l'un avec massage n'a pas guéri si l'autre a guéri avec immobilisation.

M. Rochard. — Puisqu'on cite des cas défavorables, je parlerai d'un cas analogue. Il s'agissait d'une pseudarthrose sans consolidation au bout de six mois, je suturai aseptiquement. Je n'obtins rien au bout de trois mois, bien que j'eusse donné à mon malade de la thyroïdine de Berlioz. Aussi, sans vouloir dire trop de mal de la thyroïdine, on peut se demander si, dans les cas heureux, il n'y a pas une simple coïncidence dans la consolidation des fractures et l'administration de ce médicament. Souvent, en effet, on le sait, dans les retards de consolidation, les fractures se consolident au bout de six ou huit mois et c'est généralement à cette époque que l'on donne la thyroïdine.

A propos des déformations du cal des fractures observées par la radiographie.

M. Lucas-Championnière. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Tuffier. J'en étais d'autant plus frappé qu'elle est la justification d'opinions que j'ai soutenues constamment ici.

Les déformations dues aux fractures, quand on les examine de près, sont infiniment plus considérables qu'on ne veut communément l'admettre. Elles n'ont pas du reste l'importance qu'on leur a théoriquement attribuée. Malgré certaines déformations, malgré certains raccourcissements, les fonctions du membre peuvent s'accomplir avec une grande perfection. Cette perfection des fonctions dépend le plus souvent de conditions très différentes de la condition *déformation*.

Si la *direction* du membre a été sauvegardée, ce qui est le point capital, la perfection de ses fonctions dépend surtout de la conservation de ses muscles non atrophiés, de la mobilité de ses articulations, de la solidité de ses ligaments et de l'absence générale d'enraidissement.

C'est là ce qui fait que la thérapeutique séculaire des fractures qui ne vise que la forme et la longueur du levier brisé est une thérapeutique sans valeur.

Il semblait que l'avènement des appareils inamovibles eût dû la porter à son plus haut degré de perfection puisqu'elle assurait la coaptation absolue des fragments. Ce sera précisément l'usage et l'abus des appareils inamovibles qui nous aura permis de

mettre en relief la thérapeutique fautive des fractures et d'inaugurer une thérapeutique utile fondée sur l'étude de la vitalité de tout le membre. On a le droit de s'étonner que l'on ait tant attendu pour la trouver et l'adopter.

Nombre de chirurgiens ont été frappés depuis longtemps de ce fait que des déformations considérables ne troublaient pas la fonction quand le membre était sain d'ailleurs.

Velpeau avait coutume de dire que l'on ne boitait pas du raccourcissement du membre inférieur au-dessous de 7 centimètres. Au-dessous de ce chiffre, c'était, disait-il, l'enraidissement du genou et l'atrophie musculaire qui faisaient boiter.

Or, sans insister sur les détails des déformations compatibles avec un bon fonctionnement du membre, voici que nous constatons sur les planches présentées par M. Tuffier que des fractures bien consolidées, avec un bon fonctionnement du membre, avec une bonne marche, sont accompagnées d'un cal volumineux et que la radiographie nous montre difforme.

En somme, dans tous les cas, la radiographie a montré une déformation du cal hors de proportion avec celle que l'observateur attendait.

Le fait a dû frapper tous ceux qui ont examiné un certain nombre de radiographies de cal et j'ai eu bon nombre d'occasions de le relever. M. Dagincourt, le radiographe qui a pris tous ces documents pour M. Tuffier, peut se rappeler qu'il y a bien plus d'une année je lui ai fait prendre à Beaujon la radiographie d'une fracture du tibia seul, sans fracture du péroné, qui eût dû être sans déplacement. Au moins n'en avions-nous pu apprécier aucun. Nous fûmes très frappés de voir que ce cal comportait un déplacement très notable.

Le fait est si commun, si régulier, qu'on pourrait dire que la plupart des radiographes qui étonnent le public dans un grand nombre de cabinets de radiographie n'ont pas de champ de démonstration plus intéressant que les cals de fracture et s'évertuent à critiquer les résultats obtenus par les chirurgiens dont un bon nombre sont assez naïfs pour se prêter sans défiance à la critique libre desdits radiographes. Les malades ont beau leur dire qu'ils se servent de leur membre sans difficulté, qu'ils ont toute leur force et qu'ils ont à peu près oublié leur accident, le radiographe cherche à leur persuader qu'ils ont été indignement traités et arrive dans un bon nombre de cas à les convaincre.

Il est bien vrai que si bien guérie que soit une fracture, la difformité du cal est plus grande qu'on ne croirait. Mais cela n'est vrai qu'en partie et je regrettais pour ma part, comme un de nos collègues, que M. Tuffier n'eût pas apporté ses radiographies

plutôt que les profils schématiques qu'il nous a montrés, profils qui aggravent l'infidélité de la radiographie. Il les a du reste apportées depuis.

En effet, la radiographie est exposée à des causes graves d'infidélité; réfléchissez, je vous prie, que la radiographie n'est pas le résultat d'une image réfléchie comme le portrait photographique, auquel il ne fait que ressembler d'aspect.

L'image radiographique est le résultat de la projection des opacités que la lumière n'a pas traversées.

Le volume, les dimensions et la forme même des ombres projetées varient avec les distances de l'objet à la plaque et aussi avec la distance de l'objet à la source de lumière. Elle varie aussi avec les positions relatives de cette source lumineuse. Il suffit d'un très petit déplacement de celle-ci pour que la forme des parties projetées ait notablement changé.

Prenez *deux fois de suite* la radiographie du *même cal* sans repérer exactement la situation de votre source lumineuse et vous aurez deux *déformations de cal* parfaitement distinctes. Par conséquent, le propre même de votre action radiographique sera d'ajouter à la déformation réelle du cal. Si, par dessus le marché, le radiographe n'est pas très scrupuleux ou pas très habile, vous pouvez arriver à des résultats tout à fait fantastiques.

Vous comprenez donc aisément pourquoi les profils présentés par M. Tuffier comportent une exagération d'un fait très réel. Je ne conteste pas l'habileté de M. Dagincourt, que j'ai éprouvée très longtemps, je sais avec quelle minutie et quels soins il procède à ses études radiographiques. Mais, selon moi, le propre de la radiographie est d'ajouter à la déformation du cal et le propre du tracé des profils est d'ajouter encore à la déformation de la radiographie.

Si vous voulez vous convaincre de la réalité du fait, faites une expérience qui est bien simple et que j'ai eu l'occasion de répéter plusieurs fois ces jours-ci. Prenez la radiographie d'une aiguille dans la main et changez la situation du foyer lumineux, vous aurez deux longueurs d'aiguille. La grosseur sera plus difficile à vérifier, mais elle varie aussi avec l'éloignement de la source lumineuse.

J'ai eu l'occasion de montrer plusieurs fois que la radiographie avait exagéré la longueur de l'aiguille, au point qu'après son extraction les assistants s'étaient imaginé que le corps étranger avait été brisé dans la plaie et il fallait une nouvelle radiographie pour convaincre de l'absence de tout reliquat d'aiguille, Appliquez cette observation à l'étude bien plus complexe des cals et vous avez l'explication facile d'une large part de l'exagération de la difformité par la représentation radiographique.

Vous voyez donc que les faits signalés par M. Tuffier sont très dignes d'intérêt. Mais vous voyez aussi que pour en tirer tout l'enseignement qu'ils comportent il faut en faire une étude très minutieuse et très raisonnée.

M. Tuffier a abordé des sujets très variés qui chacun mériteraient une longue discussion. Sans le suivre partout, je veux signaler ce qu'il nous a dit, relativement à la réduction et au maintien des fractures articulaires, une longue expérience m'a appris que les difformités et les infirmités qu'il a signalées tiennent surtout aux efforts de réduction et à l'immobilisation de ces fractures dans une prétendue bonne position.

Pour toutes les fractures du voisinage du coude et de l'épaule en particulier, j'ai de nombreuses observations et je pourrais aisément lui montrer un bon nombre de sujets chez lesquels il n'y a jamais eu de manœuvres de réduction à proprement parler, mais des manœuvres de massage immédiat sans application d'appareil d'immobilisation et chez lesquels le retour de la fonction est parfait à une période à laquelle on maintient habituellement les sujets dans des appareils plus ou moins serrés.

Dans les cas auxquels M. Tuffier fait allusion, les troubles fonctionnels ne sont pas habituellement le résultat d'une fracture méconnue et non réduite, mais ils sont dus à une immobilisation plus ou moins prolongée suivant un traumatisme plus ou moins violent de l'articulation dans un appareil.

Si l'on y regarde de près, la radiographie des fractures comporte de nombreuses causes d'erreur et si on continue à abandonner cette étude à nombre de radiographes parfaitement ignorants et incapables d'interpréter les données de l'épreuve radiographique, vous en verrez bien des conséquences fâcheuses.

Permettez-moi de vous en citer deux exemples assez topiques qui ne manquent pas de rapport intéressant avec ces études rétrospectives des cals.

J'ai vu venir au cours de cette année un grand monsieur marchant parfaitement, mais portant une immense épreuve radiographique. Ce monsieur avait été traité par un chirurgien pour une contusion de la cuisse. Après guérison, il était allé chez un radiographe qui lui avait montré, sur une épreuve, qu'il était atteint d'une fracture de la cuisse, *méconnue et restant non consolidée*.

Un peu d'ombre sur le trajet de la partie supérieure de la diaphyse représentait le cal imparfait, et une teinte plus claire au-dessous représentait la partie non consolidée.

J'eus beaucoup de peine à lui faire comprendre que l'ombre était due à la projection d'une portion de l'ischion et que le seul fait de la solidité de son membre permettait d'affirmer qu'il

n'avait jamais eu ni fracture ni surtout manque de consolidation.

J'en vis un autre sortant d'une autre usine radiographique où il était allé faire radiographier son poignet. Il avait été traité par un de nos collègues qui lui avait appliqué un appareil plâtré pour une fracture du radius et le lui avait fait garder pendant six semaines. Il se présentait avec une magnifique main de justice bien due à son appareil.

Le radiographe avait découvert qu'il n'avait jamais eu de fracture du radius, mais une luxation de l'un des os du carpe qui expliquait l'enraidissement de sa main par défaut de réduction. Je justifiai de mon mieux notre collègue, en montrant le trait de fracture parfaitement visible à la base de l'apophyse styloïde du radius.

Je me gardai bien de dire que pour cette pauvre petite lésion il avait subi une immobilisation inutile et pernicieuse. Mais je lui montrai qu'il n'avait nulle part rien qui pût être rapporté à un déplacement d'un os du carpe.

Cette épreuve radiographique présentait une disposition que j'ai toujours observée sur le carpe et sur le tarse enraidis et dont je n'ai pu encore me donner l'interprétation. Dans ces cas, il existe au niveau du carpe ou du tarse une obscurité générale qui fait que les espaces entre les os ne se dessinent plus. Il semblerait que les os sont fondus et continus et, avec un peu de bonne volonté, il est facile d'imaginer là des traces de fractures ou de luxations.

J'ai signalé le fait à M. Dagincourt, je l'ai signalé aussi à M. Lacaille, qui me fait des radiographies à l'Hôtel-Dieu. Aucun n'a pu me donner une interprétation de cette disposition, mais tous deux m'ont dit que le fait pouvait être constaté. Dans ces cas, les radiographes moins instruits et moins prudents n'hésitent pas à faire un diagnostic rétrospectif et à en profiter pour jeter le discrédit sur le chirurgien qui a donné ses soins au blessé et n'a pu empêcher l'enraidissement de s'établir.

Je vous ai cité ces deux exemples parce que je les trouve topiques. Mais il y aurait encore, à propos des radiographies de fractures, bien des détails intéressants à étudier devant vous. Cela prouve que la radiographie ne nous apporte pas une démonstration aussi simpliste que l'on aurait pu le croire pour les fractures.

J'ajoute qu'avec la déplorable manie que l'on a aujourd'hui de vulgariser les notions de pathologie dans le public, on lui a déjà inculqué ces opinions simplistes et tout un monde de radiographes tend à perpétuer chez lui les erreurs de ce genre. Cela peut à l'occasion nous être très préjudiciable.

Si nous devions donner plus d'étendue à cette discussion, je pourrais vous en donner d'autres exemples. Mais j'ai voulu

surtout appuyer la communication de M. Tuffier, pour dire tout l'intérêt qu'il faut lui attacher, en faisant toutefois des réserves en faveur d'une étude minutieuse de la radiographie, étude sans laquelle les causes d'erreur sont vraiment trop trompeuses et nous mèneraient à des résultats très sujets à caution.

Présentation de malades.

Gastrectomie.

M. Poirier. — Le malade que je vous présente est âgé de cinquante-six ans; il a le teint fleuri et est d'embonpoint raisonnable, pesant 63 kilog. 500. Je l'ai opéré le 20 novembre dernier d'un épithélioma de la région pylorique : la tumeur, nettement limitée, occupait le pylore et la partie attenante de l'antre pylorique; je pus l'enlever largement, coupant en tissu sain et j'enlevai avec la tumeur la partie voisine des deux épiploons qui contenaient des ganglions manifestement dégénérés. Comme l'estomac était mobile et que ma résection n'avait compris qu'un anneau de 9 centimètres de hauteur, je pus aboucher la face postérieure de l'estomac et la deuxième portion du duodénum. La guérison fut très rapide et sans incidents; actuellement, trente-six jours après l'opération, le malade a engraissé de treize livres; il est vraisemblable que cette guérison durera longtemps, puisque j'ai pu enlever les ganglions lymphatiques de la grande et de la petite courbure attenant à l'anneau dégénéré. L'examen histologique, pratiqué par mon élève et ami Cunéo qui avait bien voulu m'assister dans cette opération, a montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma cylindrique typique et que deux des ganglions enlevés présentaient des lésions épithéliomateuses avancées.*

Si je vous présente ce cas, ce n'est point à cause de l'issue favorable, aujourd'hui banale et qui se répétera toutes les fois que nous aurons l'occasion d'opérer des tumeurs nettement limitées sur des organismes encore résistants, c'est surtout pour appeler votre attention sur les lésions des ganglions lymphatiques. En effet, il a été dit ici par un de nos collègues que le cancer de l'estomac était spécial et avait peu de tendance à envahir le système lymphatique. Je défendis alors l'opinion contraire; en effet, dans tous les cas qu'il m'a été donné d'opérer, j'ai trouvé les ganglions dégénérés. Cunéo, qui prépare une thèse sur ce sujet, a examiné un très grand nombre de cancers de l'estomac; toujours il a constaté la dégénérescence ganglionnaire; dans un seul cas, il ne trouva point de ganglions, sans doute parce que l'on n'avait pas enlevé la partie du petit épiploon attenante à la tumeur; mais

dans ce cas même, les troncs lymphatiques partant de la tumeur présentaient des lésions épithéliomateuses. Donc, le cancer de l'estomac, épithélioma cylindrique, n'échappe pas à la règle. Donc, il faut, dans les gastrectomies, enlever, avec la partie dégénérée, les portions attenantes des épiploons et les lymphatiques inclus, surtout le long de la petite courbure, et il importe d'enlever le tout d'un bloc, comme nous faisons pour les cancers du sein, afin de ne point laisser dans la plaie des troncs lymphatiques dégénérés. Ce faisant, nous obtiendrons des guérisons durables, car, comme l'a dit ici Quénu, il est plus facile d'enlever la totalité du champ lymphatique dans le cancer de l'estomac que dans certains cancers du sein.

M. Hartmann. — Je demande la parole, parce que je suis de l'avis de M. Poirier à l'heure actuelle. Il y a un an, j'avais trouvé des ganglions indemnes dans des cancers. Mais ceux qui avaient examiné les ganglions les avaient cherchés le long de la grande courbure. Or, c'est du côté de la petite courbure, qu'il faut les chercher, car c'est de ce côté, fait malheureux mais réel, que se fait la généralisation.

M. Tuffier. — Ces extirpations de ganglions sont d'autant plus nécessaires, qu'ils peuvent amener des accidents ultérieurs. En effet, chez une malade opérée, de pylorectomie, j'ai eu un étranglement du nouveau pylore par les ganglions. Je fis une gastro-entérostomie; la malade va bien.

Présentation de pièces.

Obstruction intestinale par calcul.

M. Tuffier. — Cette pièce provient de l'intestin grêle d'une femme que j'ai opérée à Mantes, il y a une dizaine de jours. C'est un énorme calcul lisse et arrondi du volume d'un œuf qui provoquait une obstruction intestinale. La malade n'avait jamais présenté d'accidents hépatiques capables d'expliquer la présence d'un calcul si volumineux, et cependant il s'agit bien d'un calcul de la vésicule biliaire qui a passé dans l'intestin avec son volume, car il n'existe aucune stratification nouvelle à sa surface.

Le Secrétaire annuel,

A. Routier.

TABLE ALPHABÉTIQUE

POUR L'ANNÉE 1899

A

B

C

P

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

POUR 1899

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

[illegible] model

3